

CAPITULO XI

ANÁLISIS DE MODELOS DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ALGUNOS PAÍSES DE LA UNION EUROPEA Y DE LA OCDE

INDICE

1.	Introducción	3
2.	Los sistemas de cuidados de larga duración en la Unión Europea. Reformas y Debates	6
2.1.	La importancia social de los cuidados de larga duración	6
2.2.	El debate sobre la reforma de la atención social y sanitaria	10
3.	Modelos de protección a las personas en situación de dependencia en el ámbito de las Unión Europea	12
3.1.	Tipología de sistemas de cuidados personales como reflejo de los distintos modelos de Estados de Bienestar	12
3.1.1.	Sistema de protección universal	13
3.1.2.	Sistema de protección a través de la Seguridad Social	15
3.1.3.	Sistema asistencial	16
3.2.	Análisis de los distintos sistemas europeos de protección social a la dependencia	18
3.2.1.	Sistemas de protección universal: Países Nórdicos y Holanda	20
3.2.2.	Sistema de protección a través de la Seguridad Social: Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia.	31
3.2.3.	Sistema Asistencial	54
4.	Sistemas de cuidados de larga duración en algunos países de la O.C.D.E.	57
4.1.	EEUU y Australia	57
4.2.	Japón Y Suiza	61
5.	El reto de la protección social de las personas en situación de dependencia. Algunas conclusiones.	65
5.1.	La dependencia como necesidad social en el ámbito europeo	65
5.2.	El reto de la protección social de las personas en situación de dependencia.....	68
5.3.	Algunas lecciones del debate europeo.....	71
6.	Referencias bibliográficas	75

1. Introducción

El acelerado proceso de envejecimiento de la población ha puesto de manifiesto la importancia social de las distintas situaciones de dependencia al ampliarse el volumen de la población afectada, particularmente en los tramos más elevados de la pirámide de la población. El tradicional colectivo de personas con discapacidad que sufren dependencias para realizar actividades de la vida cotidiana se ha visto así incrementado de manera notable con el creciente impacto de la dependencia en las edades más provecas.

La dependencia supone un reto para los sistemas sanitarios y de servicios sociales que tienen que afrontar nuevas necesidades y demandas sociales en un contexto contradictorio de presiones políticas y económicas en favor de la contención del gasto social en general y del sanitario en particular y, al mismo tiempo, de nuevas demandas sociales en favor de una extensión de la protección social a las necesidades de ayuda personal que reclaman los ciudadanos, y sus cuidadores/as, para afrontar las distintas situaciones de dependencia.

En este capítulo se pretende ofrecer, en primer lugar, una panorámica general de los debates políticos sobre los retos de las políticas sanitarias y de servicios sociales en un contexto de envejecimiento. En segundo lugar, se hace una descripción comparada por tipologías de países sobre los sistemas de cuidados de larga duración señalando los elementos de continuidad y los de innovación y reforma. En tercer lugar, haremos unas referencias tentativas a otros sistemas de protección social a la dependencia (USA, Japón, Australia, Suiza) que nos pueden servir para ilustrar el debate político en el caso español. Finalmente, y en cuarto lugar, se definen los límites y tendencias de desarrollo de las políticas europeas de cuidados de larga duración que dan respuesta al envejecimiento en base a la tensión actual existente entre las dos grandes tendencias de protección social en el espacio europeo: Por una parte, las presiones económicas en pro de la ampliación de la responsabilidad individual en los sistemas de cuidados y, por otra parte, las presiones sociales en

favor de nuevas fórmulas de responsabilidad colectiva como son las que representan los sistemas de protección social a la dependencia creados de nueva planta en países continentales a partir de la década de los años noventa del pasado siglo (Alemania, Austria, Luxemburgo, Francia), extendidos a partir de los sistemas sanitarios y de servicios sociales existentes (países nórdicos y modelo holandés) o en proceso de debate político (Bélgica, España, Reino Unido, Italia).

Se intenta dar en este capítulo una muestra significativa de cuáles son los modos de afrontar los problemas que plantean las situaciones de dependencia en la Unión Europea y en otros países, tratando de agrupar modos de resolución parecidos, que ayuden a sacar conclusiones aceptables.

El tema de la dependencia y las respuestas dadas al mismo tienen, desde hace años y cada día más, una mayor relevancia en el debate político y social de todos los Estados miembros de la UE y de los países del ámbito de la OCDE. Fundamentan esta preocupación los numerosos estudios e investigaciones, iniciativas y proyectos legislativos que se han ido sucediendo y que tienen como objetivo abordar el reto que la dependencia está planteando en la sociedad. En esta línea se inscriben estudios como el encargado por la Comisión Europea en el año 1996, que analiza los sistemas de protección social de las personas en situación de dependencia en los Estados miembros y en Noruega. Los resultados de este estudio, que fue coordinado por la Universidad de Lovaina, fueron publicados en 1999. También reflejan esa preocupación los informes anuales de la Comisión sobre la protección social en Europa que, desde 1998 analizan en un capítulo específico los cuidados de larga duración y las últimas tendencias observadas en los Estados miembros. Asimismo los estudios de Jacobzone, en el ámbito de la OCDE, son una buena muestra de la relevancia que tiene el problema.

Estos estudios e informes muestran que el riesgo de la dependencia juega un papel creciente (y no únicamente por razón de la evolución demográfica), que está conduciendo, en varios países europeos, a importantes cambios legislativos e

institucionales, y que es un camino que necesariamente hay que empezar a recorrer más bien pronto que tarde.

La cobertura del riesgo de dependencia es, como veremos más adelante con más detalle, diferente de unos países a otros. Existen tres modelos fundamentales en la organización de la protección social de la dependencia. En función de cual sea el enfoque, la financiación se hará sólo por impuestos, por cotizaciones fundamentalmente o de una forma mixta mediante impuestos y cotizaciones. Igualmente, los riesgos cubiertos y las prestaciones garantizadas serán diferentes y de naturaleza jurídica distinta. En algunos se le concibe como un riesgo particular inherente a la vejez, en otros como un riesgo social que puede aparecer en cualquier fase de la vida. Existen, también, concepciones diferentes sobre el estatuto jurídico-social del riesgo de dependencia y esto se refleja en la forma de protección ofrecida. La concesión de la prestación puede depender únicamente del nivel de la dependencia o tener en cuenta también el nivel de renta.

En los países nórdicos se contempla ya la cobertura de cuidados de larga duración y el debate está más en la disponibilidad de los recursos necesarios que en la protección ya existente. Algunos países del centro de Europa (Alemania, Austria, Luxemburgo) han implantado dentro de sus sistemas de Seguridad Social un subsistema de seguro específico. En la misma línea ha actuado muy recientemente Japón. Los países del Sur de Europa están en general más alejados no tanto del debate, (en algunos casos también), como de la formulación concreta de respuestas y compromisos legislativos y presupuestarios.

Hay que señalar finalmente que la mayor parte de los sistemas de protección a las personas en situación de dependencia hacen referencia a la misma desligándola de la edad, aunque se sabe que la edad comporta un mayor riesgo de dependencia y que las personas mayores representan la mayor parte de las personas en situación de dependencia. De cualquier manera es imprescindible reseñar que la dependencia no va necesariamente ligada a la edad avanzada, aunque bien es verdad que ésta condiciona un tipo de dependencia específica de la que se derivan una serie de

condicionamientos singulares y especialmente diferenciados de aquellos que son típicos en la dependencia producida por discapacidad.

2. Los sistemas de cuidados de larga duración en la Unión Europea. Reformas y Debates

2.1. La importancia social de los cuidados de larga duración

Entre las necesidades sociales de las personas mayores están las necesidades de tipo sanitario y de cuidados personales. La tradicional división entre ambos sistemas, basada hasta ahora en una distinta concepción del derecho a la salud y al cuidado personal así como en su muy distinto peso político y organizativo, y que había generado un sistema desigual (de cobertura universal el primero y de tipo asistencial el segundo) ha entrado en una relativa quiebra de hecho. Prueba de ello es que los propios estudios del European Observatory on “Health Care Systems in transition” contemplan los servicios sociales personales relacionados con la salud (los referidos a las personas discapacitadas, personas mayores dependientes y frágiles, enfermos crónicos, personas con problemas serios de salud mental, entre otros) como parte del sistema global de cuidados personales.

En efecto, tal como puede verse en el cuadro siguiente, el gasto en cuidados de larga duración representa un porcentaje creciente del gasto sociosanitario. En algunos países el gasto en cuidados de larga duración representa más de un tercio del gasto total sociosanitario, tal es el caso de Dinamarca (37,5%), Holanda (34,7%) o Suecia (31,8%) o porcentajes similares como son los casos de Finlandia (25,8%) y Reino Unido (27,0%). La información disponible nos indica que el gasto en cuidados de larga duración es como mínimo el 10% del gasto total sociosanitario y como máximo el 37%. Dicho de otra manera, el gasto medio ponderado en cuidados de larga duración referido a los países del cuadro alcanza el 1,3% del PIB desde el máximo de Dinamarca (3,0%) al mínimo de Irlanda, Italia y Austria (0,7%). España, Portugal y Grecia (sin datos de cuidados de larga duración) están por debajo de estos tantos por ciento.

**TOTAL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN
(%/ PIB)**

PAÍSES	GASTO TOTAL	GASTO SANITARIO	GASTO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN
Dinamarca	8,0	5,1	3,0
Suecia	8,8	6,0	2,8
Finlandia	6,2	4,6	1,6
Bélgica	6,1	5,3	0,8
Austria	5,8	5,1	0,7
Francia	6,9	6,2	0,7
Holanda	7,2	4,7	2,5
Alemania	6,9	5,7	1,2
Grecia		4,8	
España		5,0	
Portugal		5,4	
Italia	5,5	4,9	0,6
Reino Unido	6,3	4,6	1,7
Irlanda	6,6	5,9	0,7

Fuente: European Commission and the Council (2003,a).

Si tenemos en cuenta que el número de personas de 65 y más años de edad en la UE (referida a 15 países miembros, antes de la ampliación de Mayo de 2004) crecerá el 68,8% entre el año 2000 y el 2050 y, sobre todo, el número de personas de 80 y más años crecerá el 171,4% en ese mismo período, el resultado es un potencial crecimiento demográfico del gasto sanitario y en cuidados de larga duración que, sin

embargo, podría verse compensado por una mejora de la esperanza de vida libre de discapacidad. En todo caso, el incremento del número de personas muy mayores necesariamente supondrá un incremento de la necesidad de cuidados de larga duración en un contexto de profundos cambios en la estructura social de cuidados informales a la que luego nos referiremos. Aunque la situación de dependencia recorre toda la estructura social constatamos como las políticas públicas se han centrado, aunque no en exclusiva, en las personas mayores dado el volumen creciente de población afectada y los cambios paralelos que se han producido en la estructura social de la población cuidadora.

Hasta muy recientemente los sistemas sanitarios asumían una parte muy importante del coste de la atención sanitaria mediante sistemas de cobertura universal financiados con impuestos o cotizaciones de la Seguridad Social e indirectamente una parte de los cuidados personales. Al mismo tiempo, los cuidados personales eran y siguen siendo en gran medida, sobre todo en los países del Sur de Europa, responsabilidad de la familia y, en particular de la mujer. La naturaleza familiar de los cuidados personales ha sido hasta recientemente una característica básica de la mayoría de los sistemas de cuidados personales con la excepción singular de los modelos nórdicos de protección social y del modelo sociosanitario de Holanda.

Ahora bien, en los últimos veinte años, con distintos ritmos y condicionados por la reestructuración del Estado de Bienestar y los cambios de gobierno se ha producido un proceso de cambio en la atención social y sanitaria de las personas mayores dependientes y, en general, de las personas con discapacidad de cualquier edad necesitadas de cuidados personales e instrumentales para la vida diaria. Nos referimos a que el propio envejecimiento de la población y, sobre todo, el aumento de la población mayor de 80 años en situación de dependencia, así como el aumento de las tasas de enfermedades mentales en los tramos altos de la pirámide poblacional, han incrementado las necesidades de cuidados personales en sociedades en las que la mujer, columna vertebral del sistema de cuidados, se ha incorporado masivamente al mercado de trabajo, el tamaño de la familia se ha reducido afectando al volumen de la población cuidadora y a la propia intensidad de

cuidados y, por último, se está produciendo un cambio cultural profundo en contra de la feminización de la función cuidadora.

En este último sentido, hay que enfatizar en el hecho de que el papel de la mujer sigue siendo central en los cuidados personales de las personas mayores en situación de dependencia y, de modo particular, en los países del Sur de Europa. Las políticas de igualdad de género, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la promoción por los sistemas educativos de una cultura de reparto equitativo por género de tareas domésticas y de los cuidados personales de las personas dependientes, tiende a reequilibrar parcialmente la tradicional carga del cuidado informal sobre la mujer, pero se trata de un cambio cultural profundo a largo plazo y con amplias diferencias culturales entre los países de la U.E. Sin embargo, y al mismo tiempo, la mayor presencia de la mujer trabajadora en empleos a tiempo parcial y la presencia abrumadora de la mujer en empleos públicos y privados de cuidados de larga duración, tanto sanitarios como sociales, parece indicarnos que la tradicional feminización "informal" de los cuidados de larga duración se ha transformado, en parte, en feminización "formal" de dichos cuidados, sobre todo en los Estados de Bienestar más consolidados.

El impacto de estos cambios, iniciados en los años setenta del pasado siglo y cuya maduración social y demográfica ha tenido lugar en la década de los noventa de dicho siglo, ha cuestionado doble y radicalmente tanto la naturaleza asistencial de los servicios sociales como la centralidad del papel tradicional de la mujer cuidadora. Como consecuencia, los sistemas de protección social europeos se están viendo conducidos, bajo la presión social objetiva de estos factores, a implantar sistemas de protección social a la dependencia de mayor cobertura que la actual y con nuevas prestaciones sociales de apoyo a la persona dependiente, sobre todo en el nivel de cuidados comunitarios.

En definitiva, la presión económica e institucional en favor de una mayor responsabilidad individual en el coste de la atención sanitaria tiene su relativo contrapunto en una presión social en favor de una mayor responsabilidad colectiva en el caso de los sistemas de cuidados personales de larga duración.

2.2. El debate sobre la reforma de la atención social y sanitaria

Los recientes debates europeos sobre el sistema sanitario y su adaptación a las nuevas necesidades sociales como es el de la dependencia de las personas mayores se han centrado en qué tipo de reformas institucionales pueden garantizar una atención sanitaria y de cuidados personales viable y de alta calidad basada en tres criterios fundamentales, según la Comisión Europea: acceso para todos, calidad asistencial y viabilidad financiera de los sistemas de asistencia sanitaria y social.

En el debate sobre la atención sociosanitaria a las personas mayores en la UE ampliada podemos diferenciar dos aspectos concretos: la importancia social y demográfica del envejecimiento de la población y sus consecuencias y, por otra parte, las consecuencias para las políticas públicas de los países miembros y para el conjunto de los países de la UE.

1. Desde el punto de "vista sociodemográfico" existe un amplio acuerdo sobre algunos hechos fundamentales: a) El peso de la población mayor de 80 años se va a multiplicar por más de dos veces y media entre el año 2000 y el año 2050 y entre esa población se encuentra el colectivo de personas más frágiles que necesitarán cuidados de larga duración; b) este hecho general, nuevas enfermedades como el Alzheimer y cambios en la demanda social, como consecuencia de la mejora de los niveles de vida, incrementarán el coste de la atención social y sanitaria si bien existen discrepancias sobre su evolución a largo plazo si tenemos en cuenta que dicho incremento puede quedar compensado parcialmente por las ganancias de años de vida libre de discapacidad; c) finalmente, la tendencia general a aumentar la participación de

los pacientes en el coste de los cuidados de larga duración podría cuestionar de hecho la accesibilidad universal garantizada de los servicios de salud a la vez que frenar la necesidad de enfatizar en programas de tipo preventivo y rehabilitador para las personas mayores dependientes.

Ahora bien, como señalábamos al principio los hechos demográficos no son neutros ni pueden ser asumidos como inexorables. Es más, la aceptación acrítica de las proyecciones demográficas suele adolecer de una visión mecanicista del desarrollo de las sociedades y de la aceptación del supuesto latente de que envejecimiento implica siempre carga financiera y social. Efectivamente, la variable demográfica es una entre una serie de variables que modulan y transforman el simple efecto "espontáneo" del envejecimiento. Nos referimos a variables como la mejora de la calidad de vida y el desarrollo social que no sólo aumentan la esperanza de vida en general sino, también, la esperanza de vida libre de discapacidad, así como avances en la autonomía de las personas mayores gracias a las mejoras en educación para la salud y el desarrollo de hábitos de vida saludables. Todo lo cual contrarresta en parte cualquier interpretación demográfica mecanicista, así como las visiones ideológicas que equiparan envejecimiento y dependencia.

2. Desde el punto de vista de las "políticas públicas" el actual debate europeo se está traduciendo en la puesta en marcha de programas de protección social que reconocen como riesgo social los cuidados de larga duración, si bien la tradición de cada país y la competencia exclusiva que en materia sanitaria tienen los Estados miembros conllevan discrepancias sobre el alcance protector, las formas de financiación, el distinto papel que debe tener el sistema sanitario y los servicios sociales, el peso de la familia cuidadora y la escala en que se prestan los diferentes servicios.

En esta materia se está produciendo una cierta convergencia entre los países miembros pero aún estamos lejos, como en lo que se refiere al sistema de pensiones, de políticas de aproximación y más lejos aún de políticas de

armonización que implican formas comunes de regulación como las de salud laboral. En todo caso, el debate europeo sobre los cuidados de larga duración es un debate dual que se mueve entre la necesidad social de reforzar la atención social y sanitaria de calidad a las personas mayores y el imperativo de las políticas de control del gasto público sanitario desplazando a los individuos progresivamente su coste.

3. Modelos de protección a las personas en situación de dependencia en el ámbito de las Unión Europea

3.1. Tipología de sistemas de cuidados personales como reflejo de los distintos modelos de Estados de Bienestar

Podemos diferenciar tres grandes grupos o tipos de sistemas de cuidados personales desde la doble perspectiva anterior, teniendo en cuenta la tensión entre tradición y reforma permanente, y teniendo en cuenta, además, que, entre los diferentes modelos o tipologías, no solo se establecen diferencias sino también, y de manera creciente, procesos de convergencia, tal como hemos señalado en el epígrafe anterior cuando hemos abordado las principales tendencias de cambio en los sistemas sanitarios y sociales.

A los efectos de reflexionar sobre el modelo que puede interesar a nuestro país se pueden agrupar en tres sistemas claramente diferenciados, que de alguna forma se corresponden con los distintos modelos de Estado de Bienestar:

- De protección universal para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y de Holanda.
- De protección a través del Sistema de la Seguridad Social, mediante prestaciones que tiene su origen en cotizaciones. Es el modelo bismarkiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo.

- Asistencial, dirigido esencialmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es fundamentalmente el modelo de los países del sur de Europa.

La tendencia general dominante en los países de la UE, respecto de la protección social de la dependencia, se orienta hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo o de Seguridad Social, si bien son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. La participación, en mayor o menor medida, de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países.

El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada. El criterio para ser beneficiario de la prestación social pública es la necesidad de cuidados. La prestación, como ya se ha indicado, cubre una parte sustantiva del coste, siendo el beneficiario quien asume el resto.

3.1.1. Sistema de protección universal

Los llamados modelos de protección universal atienden la dependencia como una extensión lógica de la concepción de que el Estado debe cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos por razones de ciudadanía, de la misma forma que se atiende cualquier otra de las necesidades sanitarias o educativas.

Presentan los siguientes rasgos comunes:

- Se basa en el principio de ciudadanía, de los derechos sociales, que garantiza una asistencia sanitaria y social universal y gratuita,

que es financiada mediante ingresos generales. Este principio de ciudadanía se ha ampliado al ámbito de los servicios sociales, de suerte que éstos no tienen una naturaleza asistencial, sino universal, aunque los usuarios contribuyan a la financiación parcialmente, según sus niveles de renta.

- La protección a la dependencia es una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes, que se ha ido incorporando progresivamente a partir de los años setenta y ochenta del siglo XX, como consecuencia del envejecimiento de la población, en los países que disfrutaban de este sistema.
- La cobertura es universal, de modo que la prueba de recursos no existe, excepto para determinar la participación del beneficiario en el pago de los servicios en función del nivel de renta.
- Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, ya que la tradición familiar de cuidados informales es menos intensa que en los modelos de los países del sur.
- Se trata de un modelo de servicios que, hasta muy recientemente, ha sido predominantemente público pero que lentamente ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado.
- La financiación es de carácter impositivo, compartida entre el Estado y las Administraciones Territoriales.
- Se trata de un modelo municipalizado, en el que los municipios son los responsables de la prestación de los servicios.

- Es un modelo de alto coste: De hecho, los países que han implantado este modelo, como son los Países Nórdicos, dedican a los cuidados de larga duración un porcentaje de gasto entre el 2,6% y el 3% del PIB.

3.1.2. Sistema de protección a través de la Seguridad Social

En este modelo la protección social a la dependencia se sitúa, al igual que las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia, en el ámbito de la Seguridad Social y es, por lo tanto, financiado y gestionado en este marco.

- Todos los países que han optado por este modelo reconocen la naturaleza de derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, superando la tradición asistencialista y de responsabilidad de la familia en este campo.
- Esta forma de aseguramiento de la dependencia pretende cubrir las necesidades de servicios de la persona que en su momento puedan presentarse, La prestación puede servir para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.
- La situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, de los que se derivan prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de distinta intensidad o duración.
- En general en estos sistemas se da un amplio margen de elección a la persona dependiente o su familia, que puede optar entre prestaciones monetarias y servicios. Esta libertad de elección, basada en el respeto a las tradiciones y preferencias familiares y culturales, no obsta para que se tienda a favorecer la prestación de servicios, bien sea duplicando la cuantía de éstos, cuando se recurre a entidades prestadoras respecto de la familia (Alemania), bien sea reduciendo la libertad de elección de la persona en

situación de dependencia a medida que aumenta la gravedad de la dependencia, lo que pone de manifiesto la importancia que se da a que la atención más especializada sea cubierta por profesionales (Luxemburgo).

- Estos sistemas se financian fundamentalmente con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo y en algunos países también con las de empresarios y de los propios pensionistas. También suele haber financiación vía impuestos, para cubrir las prestaciones no contributivas y/o equilibrar financieramente el sistema.
- La gestión de las prestaciones económicas suele ser centralizada, mientras que la de los servicios está descentralizada en las administraciones territoriales.
- Las prestaciones están topadas, cubren una parte importante del coste, aunque no la totalidad, lo que obliga al beneficiario a participar en la financiación de los servicios. Ello tiene como finalidad no sólo contribuir a la financiación, sino también introducir un freno o contención del gasto.
- Se contemplan también ayudas al cuidador, tanto en excedencias del trabajo para los cuidadores informales, como en la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro, así como el desarrollo de servicios de respiro y de apoyo para períodos de vacaciones o necesidades especiales.

3.1.3. Sistema asistencial

Se configura como un sistema público, financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos y, por tanto, de alcance y extensión también limitada.

- Fuerte peso tradicional de las organizaciones no lucrativas (entre ellas las religiosas), y donde el peso de la carga de los cuidados recae, aún, en la familia (las mujeres son más del 80% de la población cuidadora). Una mezcla de progresivo universalismo protector, familismo y asistencialismo, es la característica común a este grupo de países.
- Los cuidados de larga duración se dirigen a las personas con insuficiencia de recursos. Como consecuencia, existe un importante déficit de servicios, sobre todo de los comunitarios, y notables desequilibrios territoriales.
- Los países con este sistema presentan un importante retraso en comparación con la mayoría de los países con sistemas de protección universal, debido a la menor exigencia de gasto público.
- Este sistema de protección asistencial deja en una desprotección casi total a las clases medias, puesto que, por una parte, los requisitos de acceso, sobre renta disponible les impide acceder a los servicios de provisión pública y, por otra, sus ingresos son insuficientes para costearse, en el ámbito privado, esos mismos servicios, especialmente los de mayor coste, como son las plazas residenciales.
- Una creciente demanda social caracteriza a estos países, en los que la gestión privada de los servicios prima sobre la pública. Por otra parte, la descentralización de los servicios sociales está dando lugar a un incremento de los desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los mismos.

Los cambios sociodemográficos presionan por la superación de la protección asistencial actual en favor de modelos protectores de garantía de derechos. Sin embargo, las políticas de contención del gasto social y la

derivación de la responsabilidad desde el Estado a las CCAA/Regiones y Municipios en materia de servicios sociales están inhibiendo el desarrollo de políticas de Estado para la protección de las personas dependientes en aquellos países que todavía mantienen este sistema de protección.

3.2. Análisis de los distintos sistemas europeos de protección social a la dependencia

La protección social de la dependencia está, desde hace tiempo, en la agenda política de la mayoría de los gobiernos, al menos desde los primeros años de la década de los años noventa del siglo XX. Incluso la Comisión Europea, desde hace varios años, está estimulando el debate político entre los Gobiernos de cara a profundizar en la acción protectora en este campo. En este sentido hay que recordar, entre otras, dos iniciativas importantes. La primera, es la publicación del informe "Social Protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway" publicado en 1998, primer estudio comparativo europeo de la acción protectora de los gobiernos en este campo. La segunda iniciativa es de marzo de 2003, un informe conjunto de la Comisión y el Consejo bajo el título "Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores" en el que se plantean tres objetivos: el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones y servicios sociosanitarias "con independencia de los ingresos o el patrimonio", el logro de un alto nivel de calidad de la asistencia y la viabilidad de los sistemas de asistencia.

A la hora de definir un modelo tentativo de protección social de la dependencia, nos referiremos a algunos de los criterios orientativos de este informe, ya que constituyen en cierto modo doctrina, basada en la experiencia de la acción protectora de los países de la UE, a tomar en consideración en la definición de un modelo protector para nuestro país. Igualmente en el marco de la OCDE ha tenido lugar desde los primeros años noventa del pasado siglo un amplio debate sobre la protección de las personas dependientes (OCDE, 1994).

En este apartado, vamos a sintetizar los principales sistemas y destacar algunas de sus fortalezas y debilidades de manera tentativa a partir de la información existente, como punto de partida de las propuestas que se plantean en el capítulo siguiente.

Hemos diferenciado tres modelos fundamentales de protección social de la dependencia que se corresponden, en cierto modo, con distintos modelos de Estado de Bienestar: **de protección universal, de protección a través de la Seguridad Social, y asistencial**, ejemplificando cada modelo con uno o varios países según la información disponible hasta hoy.

En general, pueden dividirse los diferentes modelos, no sin cierto esquematismo, en modelos de naturaleza universal y en modelos de carácter asistencial (ver el trabajo ya clásico de Jacobzone y otros, 1998; Jenson y Jacobzone, 2000 ; también Scharf y Wenger, 1995; Challis, 1992). La tendencia general dominante en los países de la UE respecto de la protección social de la dependencia se orienta hacia modelos de naturaleza universal, si bien son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren una parte del coste de los cuidados de larga duración y donde, por tanto, el copago es una característica común de todos los países en mayor o menor medida. El asistencialismo en este campo está en cierto retroceso a favor de la universalización del derecho social a la protección de las situaciones diversas de dependencia, lo que supone que la accesibilidad no depende únicamente de los recursos del beneficiario, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada. Ahora bien, y habiendo un creciente acuerdo en que la necesidad de cuidados se impone como criterio, la protección social pública cubre una parte sustantiva del coste y existe una participación del usuario en la financiación del coste.

Como es sabido, los modelos de tipo universal y de Seguridad Social, se orientan hacia la universalización de la acción protectora, bien desde la aplicación activa del principio de subsidiariedad (modelos de Seguridad Social), bien desde la aplicación del principio de ciudadanía (países nórdicos). Por el contrario, los regímenes de bienestar de tipo asistencial son sistemas de orientación liberal, en cuanto a

protección social de la dependencia, si bien, en algunos de ellos, existe un debate político y científico en el que los partidarios de la universalización de la protección tienen un peso relativamente equilibrado con los del mantenimiento de la situación actual. Pasamos a continuación a hacer una esquemática revisión de estos sistemas de protección:

3.2.1. Sistemas de protección universal: Países Nórdicos y Holanda

➤ La atención a las personas en situación de dependencia en los países nórdicos

Los llamados modelos nórdicos no disponen de seguros públicos de protección a la dependencia, creación específica de los modelos continentales, sino que la protección de la dependencia se ha ido constituyendo como una extensión lógica del universalismo protector de estos modelos a medida que se ha hecho patente la necesidad de proteger a las personas con necesidad de cuidados de larga duración. Ahora bien, existen unos rasgos comunes a estos sistemas que deben ser tenidos en cuenta, sin entrar ahora en matices diferenciales (Hansen, en Pacolet 1998).

En primer lugar, la protección a la dependencia se ha producido progresivamente como consecuencia del envejecimiento de la población a partir de los primeros años ochenta del siglo XX. Es una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes para las personas con dependencia. Un universalismo de facto como respuesta a la extensión del riesgo de la dependencia.

En segundo lugar, la cobertura es universal, no asistencial, de modo que la prueba de recursos no existe, excepto para gestionar el copago a definir en cada caso concreto en función del nivel de renta.

En tercer lugar, es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, ya que la tradición familiar de cuidados informales es menos intensa que en los sistemas del Sur de Europa y de Seguridad Social (Daatland, en Pacolet 1998). Se trata de un sistema de servicios que, hasta muy recientemente, ha sido predominantemente

público pero que lentamente ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado. La privatización de la gestión de los servicios se está abriendo paso por razones de eficiencia y control del gasto público.

En cuarto lugar, en cuanto a financiación, hay que señalar que es, de manera dominante, de tipo público y compartida por el Estado y las Administraciones Territoriales. A ello hay que añadir el copago que, como antes decíamos, varía según la renta y el tipo de servicio.

En quinto lugar, se trata de un modelo que, durante los últimos años, ha tendido a la municipalización, la producción mercantil de los servicios (por ejemplo, en Suecia la mitad de la producción de los servicios sociales es desarrollada por cuatro grandes empresas privadas) y la privatización de la atención según el nivel de renta y educación (los ciudadanos con mayor nivel educativo que recibían servicios privados eran el 4 por ciento al principio de la década de los noventa, diez años más tarde ese porcentaje era del 26 por ciento; igualmente, el recurso a la ayuda informal en los ciudadanos con menor nivel educativo ha pasado del 50 al 61 por ciento en ese mismo período).

Finalmente, se trata de países con los mayores niveles de gasto público sobre el PIB en cuidados de larga duración en la UE, con la excepción de Finlandia (1,6% del PIB). En 2000, los porcentajes de gasto de Dinamarca y Suecia fueron respectivamente el 3% y 2,8% del PIB. Sólo los Países Bajos tenían un porcentaje similar (2,6%). Sin embargo, el crecimiento de esta partida de gastos ha abierto el debate sobre la viabilidad financiera de los cuidados de larga duración y, como consecuencia, en los años venideros asistiremos probablemente a reformas que traten de garantizar a la vez la universalización del derecho a los cuidados y la financiación. Ello supondrá, sin duda, medidas en parte similares a las reformas de los sistemas continentales: Importancia de las prestaciones monetarias frente a los servicios, ampliación del espacio mercantil de la gestión y una mayor participación del usuario en el coste de los servicios.

La población con más de 65 años supone en estos países algo más del 18 por ciento, mientras que un 4% tienen 80 años o más. Otro dato importante es que una alta, y creciente, proporción de las personas mayores vive sola. Mientras, por ejemplo, alrededor del 40% de las mujeres con más de 70 años vivía sola en 1970, hoy lo hacen el 70%, y la proporción se incrementa conforme sube la edad. La estructura de la familia y la vivienda también cambió pronto en Escandinavia, y hoy en día muy pocas personas mayores comparten vivienda con hijos adultos. La proporción de personas que viven solas entre los mayores es probablemente más alta que en ninguno de los demás países industrializados, y es particularmente alta entre las mujeres mayores. La presión de la demanda de protección pública es, por estas razones, alta.

El potencial de cuidados de la familia se ha reducido, y cambios normativos paralelos han contribuido a que la demanda de atención deje de dirigirse a la familia y vaya hacia el sistema de atención formalmente organizado, en detrimento del apoyo informal.

La mayoría de las personas mayores en Escandinavia prefieren hoy recibir ayuda de los servicios públicos que de su familia (Platz, M. Instituto Nacional Danés de Investigación Social, Publicación 157,1997; Daatland, S.O. Instituto Noruego de Investigación Social Report 22/97); en parte porque temen ser una carga para sus familiares, pero también porque los servicios públicos se han hecho más accesibles y resultan ser alternativas más atractivas, tanto para las mismas personas mayores como para sus propias familias.

En este marco aparece también la alta y creciente proporción de participación laboral femenina, la cual implica que las hijas adultas (familiar que es el principal prestador de cuidados en la familia, junto con el cónyuge) normalmente están desarrollando una labor retribuida en la época en la que sus padres ancianos necesitan atención. El aumento del reconocimiento de los derechos de la mujer implica asimismo que ni los ancianos ni los jóvenes esperan ya que las hijas (u otros miembros femeninos de la familia) deban actuar como prestadores informales de cuidados en la misma medida

que lo hacían tiempo atrás. Esto también es reconocido incluso en el ámbito legal, en el sentido de que actualmente no existe ninguna obligación formal entre hijos adultos y padres ancianos en cuanto a protección económica y social. Las familias, no obstante, aún realizan gran cantidad de cuidados, como sucede en todos los países, pero se ha ido perdiendo la idea de unir cuidados a la familia y sobre todo y especialmente a las mujeres de la familia.

Los países escandinavos son, sin duda, los más típicos representantes del modelo de Estado del Bienestar caracterizado por un amplio compromiso público con la protección social, dentro de un sistema universal y financiado principalmente por medio de impuestos. El acceso a los servicios médicos y sociales es universal, para todos los residentes, de forma gratuita o con una tarifa moderada, y están integrados dentro del mismo sistema general. Son principalmente públicos, aunque en los últimos años hay elementos esenciales que se pueden describir mejor como una mezcla de público y privado.

El gasto total para políticas sociales y de protección social, es el más alto de Europa, (alrededor del 31% del Producto Nacional Bruto). El sistema escandinavo da mayor prioridad a los servicios que a las ayudas económicas, y de aquí que los servicios públicos sean generosos y de alto nivel en comparación con la mayoría de los restantes estados europeos. Es también notable la integración de los servicios sanitarios y sociales bajo el mismo sistema de financiación, lo cual implica que los servicios sociales (incluyendo los cuidados de larga duración) son especialmente generosos respecto a los países que tienen concentrados sus recursos en los servicios estrictamente médicos.

Otro rasgo diferencial es el papel directo de lo público (estado, condado y municipio) en la provisión de servicios. Las autoridades públicas no sólo financian y controlan los servicios, sino que también son los principales agentes para proveerlos. Casi todos los servicios domiciliarios son de carácter público, así como la mayor parte de las residencias para las personas mayores y centros para personas con discapacidad. Existen, no obstante, unas pocas instituciones propiedad de organizaciones privadas,

pero están financiadas casi completamente con medios públicos. A pesar de que las organizaciones voluntarias han ido introduciendo nuevos servicios, en ningún caso tienen capacidad, ni pretenden representar una alternativa a las prestaciones públicas, por lo que los servicios voluntarios están normalmente integrados en el sistema público de atenciones, al que suplementan. No ha sido alentada excesivamente la iniciativa privada con ánimo de lucro en este sector, y su impacto y volumen son bajos.

La organización territorial se estructura, en los países escandinavos, en tres niveles de gobierno: Estado, Condado y Municipio. Los Municipios disfrutan de una considerable independencia dentro del marco de las leyes y de la regulación financiera del Estado. Mientras las pensiones de jubilación son responsabilidad del Estado (gobierno nacional), los servicios dependen del Municipio (gobierno local). Los hospitales y algunos otros servicios médicos especializados están basados en el nivel del Condado (gobierno regional), mientras que todos los demás servicios para mayores y para personas con discapacidad son responsabilidad del gobierno municipal, bajo la legislación y regulación financiera establecidas por el gobierno central.

La proporción de atención en instituciones, tanto en el caso de personas mayores, como en el de personas con discapacidad, ha bajado sustancialmente mientras se ha expandido las residencias vigiladas y los servicios comunitarios. La proporción de institucionalización entre los mayores de 80 años descendió desde el 23 % en 1975 hasta el 13 % en 1995, mientras la proporción de residencia vigilada se incrementaba desde el 1 al 8 % y la de los usuarios de ayuda a domicilio crecía aproximadamente del 30 al 45 % (para las personas de más de 80 años) en el mismo período. Similares proporciones se observan en el caso de las personas con discapacidad.

Dinamarca es probablemente el principal representante de un sistema de servicios basado en la ideología del cuidado en la comunidad pero, en contraste con muchos otros países, cuidado en la comunidad no significa simplemente cuidado por la comunidad (la familia). El rasgo distintivo del modelo escandinavo de atención para

las personas dependientes, en general, y del modelo danés, en particular, es la disponibilidad más abundante de servicios comunitarios. La proporción de institucionalización no es singularmente más alta respecto a países como Alemania o Francia, pero sí lo es el acceso a la ayuda a domicilio y la enfermería a domicilio. Sólo Holanda tiene un nivel de servicios comunitarios que es casi comparable al de los Países Nórdicos. En la mayoría de los demás países, los recursos se concentran en los servicios médicos y en el cuidado institucional, mientras se da por supuesto que la familia ha de asumir la responsabilidad del apoyo social y la atención de larga duración en el ámbito doméstico, en algunos países con apoyo económico público.

➤ **La aplicabilidad del modelo**

¿Hasta qué punto son aplicables a otros países los servicios y las experiencias de los países nórdicos?.

La aplicabilidad del enfoque nórdico para otros países depende de una multitud de factores, y entre ellos del sistema de servicios que ya está establecido, y de los valores políticos y sociales en los cuales aquel esté basado.

Sin embargo algunos retos parecen ser comunes. Entre ellos se cuentan la prolongación de la vida, el creciente número de personas mayores, y el cambio en el equilibrio entre las generaciones de menor y mayor edad en el seno de las familias. Los países nórdicos llegaron pronto a la transición demográfica, con lo que también resultaron afectados antes por los cambios en los modelos de la familia y de reparto de responsabilidades en el hogar. Las formas tradicionales de cuidado no se podían mantener por más tiempo, y el reconocimiento cada vez mayor de los derechos de las mujeres implicaba que invertir en servicios era algo tan razonable como racional, sobre todo realizar inversiones en servicios comunitarios. La experiencia actual indica que tanto las generaciones jóvenes como las de mayor edad prefieren independencia en cuanto a la economía, la vivienda y los servicios.

La utilidad de la experiencia escandinava para otros países está condicionada a multitud de factores. A los países que actualmente se apoyan principalmente en la responsabilidad de la familia (es decir, en las mujeres) para el cuidado de las personas dependientes puede serles conveniente –en la medida en que vayan experimentando las mismas tendencias que se han dado en los países nórdicos hacia el incremento de ancianos solos y la mayor participación laboral femenina– invertir en servicios comunitarios. De otro modo, la demanda se dirigirá hacia las clínicas o, incluso, hacia los hospitales, cuando la residencia vigilada y los servicios a domicilio habrían sido una alternativa mejor y más barata. También, en la medida en que muchos países tengan sistemas de financiación más pobremente desarrollados para la atención de larga duración y los servicios sociales en relación con el tratamiento médico, las necesidades “sociales” pueden dirigirse hacia el sistema médico, más caro, dada la carencia de alternativas apropiadas.

➤ **Retos y Dilemas**

La gran expansión en los servicios públicos para las personas mayores y las personas con discapacidad parece completada en estos países. En los últimos años las aportaciones de recursos se han estabilizado, e incluso reducido en algunos casos, debido a planteamientos económicos. Esto produjo en estos países determinado tipo de debates.

Hay en particular un debate sobre si la proporción de institucionalización ha llegado o no a ser demasiado baja, dejando sin el cuidado y atención adecuados a algunas personas en situación de fragilidad y presionando en exceso a las familias. Un caso a apuntar, en este sentido, es el de la demencia senil, pues quienes la sufren necesitan mucho nivel de atención. También el sector hospitalario ha sido modificado radicalmente con el fin de mejorar la relación entre coste y eficacia, lo cual implica que el número de camas de hospital ha bajado mientras que el número de pacientes tratados ha aumentado. Esto supone que las estancias se han acortado y que los pacientes mayores o discapacitados son rápidamente traspasados al sistema de cuidados de larga duración de los municipios, lo cual aumenta la presión en estos

servicios. Como respuesta, los servicios son distribuidos más selectivamente, orientados a los más necesitados. Las necesidades psicosociales y las medidas preventivas pueden entonces dejarse de lado, para centrarse en la atención de enfermería a las necesidades más agudas e inmediatas. También se han planteado si estimular más y dar más apoyo a las organizaciones voluntarias con el fin de que asuman mayor responsabilidad en la prestación de cuidados y servicios.

Para finalizar, señalar que el sistema universal nórdico contrasta, tanto con el modelo asegurador corporativista de la Europa continental, que se basa sobre todo en seguros relacionados con el estado del mercado laboral, como con el modelo asistencial/liberal, que se caracteriza por una responsabilidad residual del Estado, que sólo da respuesta a los problemas que no resuelve el sector privado. Afortunadamente, el bienestar puede ser protegido, apoyado y producido de muchas formas y bajo regímenes de bienestar muy diferentes. Cada sistema tiene fortalezas y debilidades, y la mezcla concreta de privado y público es probablemente menos importante que el volumen total de recursos aplicados. Como el Gobierno, directa o indirectamente, es el principal agente de los servicios de bienestar en todos los países, la principal protección contra los recortes en bienestar yace en el apoyo de la población a las inversiones en bienestar. Si el Estado de Bienestar está en crisis, es probablemente más una crisis de voluntad que de capacidad, de valores más que de recursos.

➤ **La atención a las personas en situación de dependencia en Holanda**

El sistema holandés tiene un largo recorrido histórico (35 años de existencia). Comparte con el modelo continental su naturaleza de seguro (en su interior opera la idea de un seguro sanitario, que es el garante de la prestación de los servicios que cubren el riesgo de la dependencia), hasta el punto de haber sido la fuente de inspiración del modelo alemán, toda vez que empezó a cubrir el riesgo de la dependencia dentro del sistema general del seguro de enfermedad desde 1968, con la Ley de Gastos Médicos Extraordinarios (LGME). Sin embargo, en general, comparte con el sistema nórdico las características más fundamentales, como estar

financiado mayoritariamente por impuestos, así como la significativa universalidad de los servicios de atención a la dependencia.

El 1 de enero de 1968 entra en vigor la Ley de Gastos Médicos Extraordinarios que inicialmente sirvió para financiar cuidados de larga duración o de muy alto coste, pero posteriormente ha servido para cubrir otros gastos, prioritariamente sanitarios, que no cumplían estos requisitos y a los que se ha ido aplicando de manera generalizada. En principio, esta ley cubre todos los gastos derivados de hospitalizaciones de larga estancia, la atención de cuidados que devienen de enfermedades crónicas en las personas mayores, atiende los problemas derivados de las discapacidades, todos los cuidados derivados de salud mental y los de carácter preventivo. La atención a la enfermedad mental es especialmente relevante no sólo por el número de personas atendidas sino por el elevado número de profesionales contratados para este tipo de cuidados.

El sistema holandés tiene un carácter universal e intensivo en prestación de servicios, a través de un amplio elenco de servicios comunitarios, gestionados por entidades no lucrativas, en el que las prestaciones son ofertadas sin tener en cuenta el nivel de ingresos, pero sí las necesidades previstas una vez evaluadas periódicamente, en el caso de la ayuda domiciliaria, por la Agencia de Cuidado Domiciliario. Esta Agencia la componen entidades privadas sin ánimo de lucro de carácter regional y local y evalúan las necesidades según una escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD), de acuerdo con la regulación gubernamental. Se estima que la cobertura en la ayuda a domicilio es del 12% para los mayores de 65 años y del 25% de los mayores de 80 años.

Dicho carácter universal se garantiza a través de impuestos y de cotizaciones al Fondo de Seguro Sanitario, obligatorias para empleados y empresarios, con una cantidad ajustada anualmente, a través de una prima también ajustada anualmente por el Ministerio de Sanidad y Bienestar (en torno al 9% de los salarios, a pagar entre patronos y empleados). Las personas mayores de 65 años aportan, ellos solos, el 4-4,5%. También se contempla el copago para mayores de 18 años según su nivel

de ingresos y con topes máximos anuales. Así para un pensionista con unos ingresos al mes de 800 euros la aportación es de 16 euros al mes en el caso de la ayuda a domicilio; para un pensionista con el nivel más elevado de ingresos la aportación es de 4 euros por cada hora de servicio. Todos estos recursos se reciben en un fondo general a partir del cual se hace frente al coste de las prestaciones.

Se diferencia entre el sistema de evaluación de la situación de dependencia y el plan de cuidados. La evaluación de la situación de dependencia es realizada por comisiones ad hoc (existen 60 en Holanda) mientras que el plan de cuidados es definido por la entidad que provee el servicio, normalmente una organización no-gubernamental o una empresa.

La dependencia se estructura en cuatro niveles: muy grave, severa, moderada, y limitación menor.

El sistema holandés de 1968 se ha modificado a lo largo del tiempo en dos sentidos: de ser un sistema de atención sanitaria ha derivado hacia un sistema de atención sociosanitaria y de atención a casos especiales (enfermos crónicos) y ha ampliado su cobertura a toda la población. Esta universalización de facto y el impacto del envejecimiento de la población holandesa han incrementado de manera notable el coste del sistema de cuidados de gastos especiales. Ante ello se produjo, en 1995, una primera reforma de contención de costes basada en la posibilidad de que la persona dependiente eligiera el sistema de cuidados financiado mediante prestaciones monetarias o subsidios personalizados. Con ello se pretendían varios objetivos: ampliar la libertad de elección de la persona dependiente, reducir el coste del sistema, compensar al familiar cuidador en su caso y hacer emerger la economía sumergida existente en este campo mediante la creación de pequeñas empresas de atención domiciliaria. Este sistema está ahora en una fase de cierto crecimiento si bien el porcentaje de personas que lo eligen es aún simbólico (3,5% del total de los beneficiarios del sistema de cuidados especiales, es decir, 67.000 usuarios con una percepción media mensual de 1.050 euros). Se trata de un sistema de prestaciones que en la actualidad se gasta en servicios (80% aproximadamente) o en

compensación al cuidador familiar (20% del total). El papel casi marginal de la atención informal familiar quizás explique el que después de nueve años apenas haya crecido la población que opta por este sistema, además de la propia satisfacción de la población afectada con el actual sistema de servicios sociales.

La cobertura de la ley, siendo un sistema nacional de seguro, cubre a todas las personas residentes en los Países Bajos, los cuales tienen derecho a los servicios financiados dentro del marco de esta ley. La regla general según la cual toda persona que resida en los Países Bajos está cubierta por la LGME es aplicada independientemente de la nacionalidad.

El acceso a los servicios se basa en una evaluación de las necesidades por los servicios correspondientes.

La LGME especifica los servicios/cuidados a los cuales se tiene derecho. Da derecho a cuidados preventivos, a tratamiento médico, y otros cuidados específicamente marcados por la ley. La ley habla de Centros de cuidados de larga duración, Residencias y Centros de día, diferenciados para personas con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales, por un lado, y para personas mayores por otro. Especial mención merece los servicios de atención psiquiátrica, que atienden de manera muy cualificada este tipo de patología, como ya hemos señalado anteriormente.

Desde hace dos décadas, y al igual que en los países nórdicos, el gobierno holandés está promocionando una política de sustitución del cuidado en instituciones por la atención domiciliaria. Al principio, esta política dio lugar a mucha resistencia entre las personas mayores y sus hijos. Sin embargo, el gobierno persistió con esta política y, entre 1975 y 1995, la proporción de las personas de más de 65 años que viven en residencias para las personas mayores se ha reducido desde el 9,6% hasta el 6,9%. Esta política se ha legitimado gracias a la necesidad de reducir costes de los cuidados y a la fuerte preferencia de estas personas por vivir en sus propios hogares, tanto tiempo como sea posible.

En la actualidad el sistema de cuidados está debatiéndose en profundidad y se encuentra en fase de anteproyecto de reforma en el Parlamento que podría concluir en torno al año 2006. Básicamente, la reforma trata de contener el gasto a la vez que racionalizar el sistema estableciendo una clara separación entre el sistema sanitario y el sistema de cuidados. La atención sanitaria y enfermería formarían parte del sistema sanitario con su propio sistema de financiación y gestión. Por el contrario, los cuidados de larga duración (ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial) formarían un sistema propio dependiente en lo tocante a gestión de los municipios y con su propia fuente de financiación (impuestos, cotizaciones y participación de los usuarios).

3.2.2. Sistema de protección a través de la Seguridad Social: Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia.

Estos modelos tienen, más allá de las diferencias, que después desarrollaremos, muchos elementos comunes, que pueden servir de orientación para la definición de una política de protección social a la dependencia en España. El caso alemán es hasta hoy el que concita un mayor debate y sobre el que existen más investigaciones y estudios (Evers, 1996; Schulte, 1996).

- a) En primer lugar, se trata de sistemas de protección social a la dependencia que se sitúan en el ámbito de la Seguridad Social, es decir, son una extensión o un pilar más de la Seguridad Social, junto a las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia.
- b) En segundo lugar, todos ellos reconocen la naturaleza de derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica de la persona en situación de dependencia. Son modelos que superan la tradición asistencialista y familística en este campo, si bien el seguro de dependencia es un seguro orientado al apoyo de la familia cuidadora, no para sustituirla (principio de subsidiariedad).

- c) En tercer lugar, evalúan la situación de dependencia en grados o niveles de gravedad, en cada uno de los cuales se reconocen unas prestaciones monetarias o servicios. En general, en estos sistemas se da un amplio margen de elección al dependiente o su familia entre prestaciones monetarias y servicios sobre la base de que, en lo tocante a los cuidados personales, las tradiciones familiares y culturales deben tener una consideración determinante. Ello no obsta para que se tienda a favorecer la prestación de servicios bien sea duplicando la cuantía de estos últimos respecto de la de tipo monetario (Alemania), bien sea reduciendo la libertad de elección de la persona en situación de dependencia a medida que aumenta la gravedad de la dependencia, lo que supone una atención más especializada o basada en servicios y no en atención informal (Luxemburgo).

- d) En cuarto lugar, las prestaciones de estos sistemas son topadas. Constituyen unas ayudas que cubren una parte importante del coste, pero no la totalidad. Esto tiene como finalidad, no sólo establecer un copago, tradicionalmente existente en los sistemas de tradición asistencial en el caso de las personas con recursos e incluso con escasos recursos, sino también introducir un freno o contención a un coste que puede ser incontrolable.

- e) En quinto lugar, en este sistema se contemplan las ayudas al cuidador, tanto en excedencias del trabajo para la actividad de cuidados informales, como en la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro y el desarrollo de servicios de respiro (vacaciones, servicios de apoyo), además de las prestaciones monetarias que recibe la persona dependiente para compensar al cuidador o financiar servicios personales.

- f) En sexto lugar, estos sistemas se financian sobre la base de cotizaciones e impuestos, en una combinación que varía entre los diferentes países de esta tradición. La gestión de las prestaciones económicas suele ser centralizada, mientras que la de los servicios está descentralizada, en las administraciones territoriales.

g) Finalmente, desde el punto de vista de la evaluación de este modelo, después de varios años de existencia (once en el caso de Austria, nueve en el caso alemán), nos permite constatar que la incorporación de los beneficiarios al sistema se ha producido de una forma más lenta de lo previsto, y que el coste es menor que el de los sistemas universales, financiados vía impuestos, pues en los países que lo han implantado, el gasto alcanza valores de entre el 1,2% al 1,5% del PIB. A ello, hay que añadir, que existe una elevada opción en el SAD favorable a las prestaciones monetarias, en detrimento de los servicios profesionalizados. Esto último, no revela sino dos hechos: que la oferta de servicios es crónicamente baja –recordemos Austria– y que la tradición de cuidados familiares es aún muy sólida y que, por tanto, hay que tenerla muy en consideración en el diseño de cualquier política pública.

Teniendo en cuenta la importancia de los modelos alemán, austriaco, luxemburgués y francés, por ser modelos de reciente desarrollo y ser cercanos a la tradición de Seguridad Social de España, parece oportuno realizar a continuación un desarrollo más pormenorizado.

➤ **La atención a las personas en situación de dependencia en Alemania**

El sistema de dependencia alemán se formaliza como un Seguro de Dependencia a partir de enero de 1995 con la entrada en vigor de la **Ley del Seguro de Cuidados**. Como tal seguro tiene un carácter contributivo y constituye, junto a los seguros de accidente, enfermedad, vejez y desempleo, la quinta rama del sistema alemán de Seguridad Social. Aunque el cobro de las cotizaciones se inició desde el principio de su vigencia el pago de las prestaciones no se inició hasta cuatro meses después para la atención a domicilio y hasta un año y medio más tarde para la atención residencial con el fin de dotarse de un fondo de reserva para abonar con mayores garantías las prestaciones correspondientes.

La **cobertura** del seguro es universal donde el acceso a las prestaciones se determina en función de la necesidad y del grado de dependencia acreditado por el sistema nacional de salud dos veces al año, si bien el apoyo es limitado ya que la persona dependiente tiene que asumir la parte del gasto que supere un precio tope previamente establecido, salvo que no le sea posible por su situación económica, en cuyo caso dicha aportación sería cubierta por la asistencia social municipal.

Las situaciones de dependencia pueden producirse en cualquier período de la vida. La necesidad de cuidados de larga duración puede darse en el caso de personas que sufren una discapacidad, enfermos crónicos y enfermos terminales, incluso los niños más pequeños que hayan nacido con limitaciones congénitas pueden estar afectados. Con todo, el grupo cuantitativamente más importante es el de las personas ancianas que son incapaces de cuidarse por sí mismos.

El seguro es obligatorio porque se rige por el principio que mantiene que el seguro de cuidados es continuación del seguro de enfermedad. El colectivo asegurado del seguro social de cuidados de larga duración abarca a las personas acogidas al seguro médico obligatorio. Aquellos que se hayan asegurado contra el riesgo de enfermedad, en una compañía de seguros privada, tienen que contratar obligatoriamente un seguro de dependencia de análogo rango.

Todas las personas con derecho al seguro de enfermedad tienen también necesariamente, al mismo tiempo, derecho al seguro de dependencia. En el caso del seguro público, ésto no ha planteado problemas, porque ambos seguros, el de enfermedad y el de cuidados de larga duración, funcionan paralelamente. En el caso de los seguros privados, el Instituto Federal de Seguros ha adoptado medidas para garantizar la cobertura del seguro de dependencia, obligando a las compañías aseguradoras privadas a informar de los nombres de las personas que, teniendo un seguro privado de enfermedad, no hayan suscrito una póliza en el seguro de dependencia, o tengan seis meses de cuotas impagadas.

La cobertura universal es, pues, independiente de la edad y de la cuantía o periodo que se haya cotizado y se fundamenta en la obligatoriedad de la cotización para todos los asalariados y/o perceptores de prestaciones con ingresos inferiores a los 38.250 euros anuales si bien aquellos que superen estos ingresos podrán optar por acogerse al sistema público o por suscribir una póliza privada (en torno al 10% de la población alemana está cubierta con pólizas privadas y el 90% por el Seguro de Dependencia). Es indicativo de la cobertura como a 31 de diciembre de 2003, 1,9 millones de personas se beneficiaron de las prestaciones del sistema (el 2,3% de la población alemana y el 10,7% de la población mayor de 65 años), de los cuales el 78% eran mayores de 65 años.

El grado de necesidad asistencial es evaluado por el Servicio Médico de los Seguros de Enfermedad (MDK) acudiendo al domicilio del solicitante donde se evalúa **el grado de dependencia** según sus necesidades de ayuda en relación a 24 actividades cotidianas de la vida diaria (AVD) agrupadas en cuatro áreas: aseo corporal, alimentación, movilidad y tareas domésticas las cuales, según la frecuencia y el tiempo de cuidados requeridos, definirán el nivel asistencial en los siguientes grados:

- Grado I (necesidad asistencial moderada): incluye a todas aquellas personas que requieran ayuda al menos una vez al día para dos o más actividades relacionadas con actividades de la vida diaria (AVD) como el aseo corporal, alimentación o movilidad. En cuanto a las tareas domésticas deberán necesitar ayuda varias veces a la semana. El tiempo de cuidados al día no deberá ser inferior a 1,5h diarias, debiendo recaer al menos 45 minutos en las AVD.
- Grado II (necesidad asistencial grave): para aquellos que precisen al menos tres veces al día cuidados asistenciales relacionados con las AVD a diferentes horas al día. Asimismo deberán necesitar ayuda varias veces a la semana para las tareas domésticas. El volumen de cuidados asistenciales requerido no podrá ser inferior a las tres horas, debiendo recaer al menos 2 horas en las AVD.

- Grado III (necesidad asistencial muy grave): incluye a todas aquellas personas que requieran ayuda relacionada con actividades de la vida diaria (AVD) las 24 horas al día y ayuda varias veces a la semana para las tareas domésticas. El tiempo de cuidados no podrá ser inferior a las 5 horas al día debiendo recaer al menos 4 horas en las AVD.
- Casos de extrema gravedad: para aquellos casos que precisen mayores cuidados asistenciales de los previstos para el nivel asistencial III.

Además es competencia del MDK la redacción de un plan de atención individual atendiendo al entorno familiar y a las condiciones o necesidades de rehabilitación, ayudas técnicas o adaptación de la vivienda.

El sistema de prestaciones recoge diversas modalidades tanto para el cuidador como para la persona dependiente. Para la persona dependiente existen básicamente tres modalidades de prestaciones: prestaciones monetarias directas, prestaciones en servicios vía asistencia domiciliaria o en centros de día o noche, y atención residencial. El beneficiario puede elegir cualquiera de estas opciones si la persona dependiente tiene un grado de dependencia III, mientras que en el resto de los grados sólo se puede optar y hacer combinaciones entre las dos primeras.

El importe de las prestaciones depende del grado de dependencia y del tipo de prestación elegida y se establece independientemente de los ingresos o el patrimonio del asegurado. Así, para la prestación de servicios se puede recurrir a un centro de día o de noche o a los servicios de una empresa de asistencia domiciliaria acreditada quedando cubierto un máximo de 384 € para el grado I, de 921 para el grado II y de 1432 € hasta el grado III (1918 € para los casos de extrema gravedad).

Como alternativa se puede optar por solicitar el dinero asistencial que, a modo de prestación monetaria directa, el solicitante destinará a los familiares encomendados a la asistencia, previamente asesorados por una empresa especializada en cuidados. En este caso las cuantías máximas son de 205, 410 y 665 € respectivamente para los

grados de dependencia I, II y III. En todo caso la persona dependiente puede decidir la combinación de prestaciones monetarias y servicios que considere apropiadas.

Para la atención residencial los importes máximos son de 1023€ para el nivel asistencial I, 1279€ para el nivel II, 1432 para el grado III y 1688€ para los casos de extremas gravedad.

Este sistema de prestaciones tiende a dar prioridad a la asistencia domiciliaria frente a la atención residencial en la medida en la que reserva a esta última para situaciones de ausencia de cuidadores informales o de síntomas de demencia muy graves e incluso peligrosos. De la misma manera, se pretende priorizar la elección de la prestación de servicios sobre las transferencias directas estableciendo para las primeras un importe muy superior. No obstante, en la práctica, tal elección no se da entre los beneficiarios ya que la mayoría optó por la prestación asistencial, concretamente, el 76% de las personas dependientes del nivel asistencial I, el 68% del nivel II y el 55% del nivel III. Estas cifras han ido evolucionando con los años hacia un mayor equilibrio entre lo informal y los servicios profesionales en el servicio de ayuda a domicilio, dirigiéndose hacia una mayor prevalencia de las prestaciones en efectivo en el grado I, mientras que en los otros grados, gana importancia el cuidado profesional, siendo, claramente mayoritario, en el grado III.

Por otra parte, los importes de tales prestaciones no cubren la totalidad del coste ya que están calculados para que sufraguen sólo una parte, que se estima aproximadamente en torno al 50% del coste de la atención domiciliaria y entre el 45% y el 65% del coste de la atención residencial.

En cuanto al cuidador informal se contemplan varias prestaciones:

- Seguro de accidentes y cobertura de cotizaciones a la Seguridad Social para el seguro de pensiones siempre que se dediquen más de 14 horas semanales a los cuidados y no realice otra actividad laboral remunerada superior a las 30 horas a la semana.

- Su sustitución temporal por un periodo máximo de cuatro semanas siempre que haya ejercido de cuidador un mínimo de 12 meses. Si es sustituido por un familiar hasta el segundo grado la cantidad abonada es la que le correspondería como prestación monetaria directa según el grado de enfermedad. En el resto de los casos, el importe máximo concedido sería de 1.432 €.
- Ayudas técnicas para la adquisición de material ortopédico hasta 460 € y para la adaptación de la vivienda hasta un máximo de 2.500 €.
- Asistencia residencial de corta duración o cuidados asistenciales transitorios para situaciones de crisis o descanso de los cuidadores por un periodo no superior a cuatro semanas y un importe máximo de 1.432 €.
- Cursos de formación para los familiares cuidadores y los voluntarios implicados en los cuidados a la persona dependiente.

La financiación del Seguro de Dependencia alemán corre a cargo del 1,7% de los ingresos de cotización obligatoria (sueldo, salarios, pensiones...) repartidos a partes iguales entre el asalariado y el empresario y con un límite máximo de 3450 €/mes, con lo que la máxima cantidad a pagar es de 57 €/mes para el 2004, repartida entre trabajador y empresario. Para compensar las aportaciones del empresario al Seguro se eliminó un día festivo del calendario laboral. Desde el 1 de abril del 2004 los pensionistas han pasado de abonar sólo la mitad de la cuota (el 50% restante lo pagaba la entidad que les abonaba la prestación correspondiente) a pagar la totalidad del 0,85%. Las cuotas de quienes perciben prestaciones de asistencia social son pagadas por el propio Servicio de Asistencia Social. Las cotizaciones de los desempleados corren a cargo del Instituto Federal de Empleo. Están dispensadas del abono de cuotas las madres durante los permisos por maternidad. Los hijos y cónyuges a cargo cuyos ingresos totales mensuales se sitúen por debajo de un umbral mínimo quedan asegurados en el marco del seguro familiar sin coste alguno adicional.

Las compañías de seguros privados no pueden exigir para el seguro de cuidados cuotas superiores a las que se establecen para el seguro obligatorio.

Las compañías estarán obligadas a prestar a sus asegurados las mismas prestaciones que ofrece el seguro oficial. Sin embargo, no conceden prestaciones en especie, sino que sus prestaciones son únicamente monetarias.

Parece que, en un futuro, se tenderá hacia una subida del tipo de cotización, dado el creciente peligro de déficit del seguro y la paulatina disminución del fondo de reserva, todo ello a pesar de que la Ley del Seguro de Dependencia obliga a las Cajas de Dependencia a asumir los déficit en que pudieran incurrir y de que las prestaciones no están indizadas en función de la inflación.

La gestión del Seguro de Dependencia es competencia de las Cajas del Seguro de Dependencia, que están integradas en las ya existentes Cajas del Seguro de Enfermedad. Son responsables de garantizar un cuidado asistencial suficiente para sus asegurados y sus principales cometidos son el cobro de las cotizaciones y el pago de las prestaciones, negociar el precio de los servicios y controlar su calidad, así como la valoración de las necesidades asistenciales y el establecimiento del nivel de dependencia a través del Servicio Médico de los Seguros de Enfermedad (MDK), el cual actúa como instancia de control de las cajas del Seguro de Dependencia.

Existe un Comité Federal encargado de supervisar la aplicación del Seguro de Dependencia donde están representados el Estado Federal, las distintas administraciones territoriales, los entes financiadores y los proveedores de servicios. Los gobiernos regionales deben fomentar las inversiones en centros residenciales, mientras que los municipios se encargan de supervisar los centros residenciales y el pago de la ayuda social. La gestión y provisión de los servicios es mixta y corre a cargo de las entidades no lucrativas y de empresas acreditadas que actúan en igualdad competitiva, mientras que las entidades públicas tienen un carácter subsidiario operando allí donde no llegan los proveedores privados.

El sistema alemán de seguro para personas en situación de dependencia ha sido establecido sobre los fundamentos de la tradición del seguro social alemán y la experiencia de algún país extranjero, como Austria y Holanda en algunos aspectos. Después de sus nueve años de implantación, la mayoría de los expertos dentro y fuera de Alemania, consideran que la nueva ley es un paso acertado para resolver un serio problema de la política social alemana. La ley da una solución razonable al problema. Ha creado miles de nuevos empleos especialmente para personas con cualificación relativamente baja. Además, ha mejorado la situación de los beneficiarios y sus familiares cuidadores, al desarrollar una estructura suficiente para atender a personas que necesitan cuidados de larga duración.

Lo más positivo de este sistema de aseguramiento reside en el hecho de que generaliza el derecho para todos aquellos que tienen una necesidad seria de cuidados, mientras que, antes, la ayuda pública se prestaba sólo a aquellos cuya carencia de recursos económicos estaba probada, a través de la asistencia social. La universalización del sistema le dota de una cualidad extraordinaria y el reconocimiento de la prestación como derecho subjetivo da seguridad al asegurado y confianza en el sistema al resto de la ciudadanía.

Cabría preguntarse, finalmente, cuales son los principales problemas con los que se está encontrando la República Federal de Alemania en la aplicación de este seguro. Para ello convendría tener en cuenta la respuesta dada por el Gobierno Federal a una pregunta "ad hoc" del partido de la oposición parlamentaria. De la respuesta se deduce que este seguro tiene algunos problemas que no conviene olvidar, sobre todo por los gobiernos que tienen en su punto de mira este sistema a efectos de implantarlo, con las adaptaciones precisas, en sus respectivos países.

Los problemas fundamentales pueden ser resumidos así:

- Se ha comprobado que las valoraciones que se efectúan para percibir las prestaciones del seguro de dependencia están fuertemente orientadas y refuerzan los problemas somáticos, las carencias físicas, prestándole mucha menos atención y por ende dando mucho menos peso específico a las dificultades de tipo psíquico. Esto perjudica a las personas con patologías invalidantes debidas a procesos relacionados con demencias.
- El seguro de dependencia es fuertemente estático: la cotización establecida no ha cambiado en algunos años. Igual sucede con la cartera de servicios.
- Se preconiza la primacía de la asistencia domiciliaria sobre la asistencia residencial pero ello no se corresponde con las prestaciones que se dan en dinero o en servicios para cubrir estos servicios, lo que hace que el número de responsables familiares de los cuidados, que prefieren la atención residencial, sigan aumentando.
- Hay fallos considerables en infraestructuras, que no las hacen competitivas ni eficaces y ello porque los landers y los municipios no asumen responsablemente su implicación en esta cuestión, asignando al Estado Federal más responsabilidades de las que le corresponden.
- La coordinación sociosanitaria es insuficiente y no termina de funcionar adecuadamente. La colaboración entre centros sanitarios y asistenciales dista mucho de ser aquello que se deduce de la filosofía del propio seguro.

A pesar de estos puntos débiles del sistema es preciso señalar que el Seguro de Dependencia en Alemania goza de una alta estimación ciudadana y una buena valoración dentro y fuera del país, en el ámbito de los expertos.

El seguro alemán de cuidados de larga duración ha duplicado entre 1995 y 2004 el número de sus beneficiarios. A pesar del carácter topado de las prestaciones, que no han crecido en términos monetarios, del traslado "silencioso" de parte de la financiación a los municipios en la parte asistencial (la diferencia del coste de los servicios y las prestaciones es asumida por éstos en el caso de las personas sin recursos) y del carácter imperativo que tiene la obligación de la familia de hacerse cargo de la diferencia entre el coste de los servicios y las prestaciones recibidas, el sistema ha entrado en una senda deficitaria desde finales de 1999, en un contexto económico recesivo, que ha planteado la necesidad de la reforma del sistema cuando cumple casi un decenio de existencia. El debate sobre la reforma debe concluir, en principio, el 1 de enero de 2007, cuando entrarían en vigor los cambios en el actual sistema.

La atención a las personas en situación de dependencia en Alemania

ALEMANIA																					
AÑO DE CREACIÓN	1995																				
GRADOS DE DEPENDENCIA	<p>Moderado: 1,5- 3 horas atención diarias.</p> <p>Severo: entre 3 y 5 horas atención diarias</p> <p>Grave: más de 5 horas diarias.</p>																				
COBERTURA	Universal en función de la necesidad y grado de dependencia evaluada por el Sistema Nacional de Salud dos veces al año. Apoyo universal limitado.																				
PRESTACIONES SOCIALES 2004 (euros)	<p>a) Para el dependiente:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Grados</th> <th style="text-align: left;">Monetarias</th> <th style="text-align: left;">SAD</th> <th style="text-align: left;">Residencial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td style="text-align: right;">205</td> <td style="text-align: right;">384</td> <td style="text-align: right;">1.023</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td style="text-align: right;">410</td> <td style="text-align: right;">921</td> <td style="text-align: right;">1.274</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td style="text-align: right;">665</td> <td style="text-align: right;">1.432</td> <td style="text-align: right;">1.432</td> </tr> <tr> <td>Casos extremos</td> <td style="text-align: right;">1.918</td> <td></td> <td style="text-align: right;">1.688</td> </tr> </tbody> </table> <p>b) Para el cuidador: Seguro accidentes, cotización pensión, 4 semanas de licencia (1.432 euros) para contratar servicios profesionales, y adaptación de vivienda (2.500 euros). Ayudas técnicas hasta 460 euros / año.</p>	Grados	Monetarias	SAD	Residencial	I	205	384	1.023	II	410	921	1.274	III	665	1.432	1.432	Casos extremos	1.918		1.688
Grados	Monetarias	SAD	Residencial																		
I	205	384	1.023																		
II	410	921	1.274																		
III	665	1.432	1.432																		
Casos extremos	1.918		1.688																		
COSTE	En 2004, 1,2% del PIB																				
FINANCIACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1,7% de ingresos: 50% trabajadores y 50% empresarios, + 1 día menos de vacaciones. Cotización máxima de 57,3 € al mes 																				
GESTIÓN	Evaluación dependencia: Baremos federales. Gestión prestaciones monetarias: Seguridad Social. Responsabilidad gestión servicios: Administración territorial. Gestión servicios mixta. Igualdad competitiva entre ONGs y empresas, que deben estar acreditadas.																				
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Coordinación compleja con un mayor peso del sistema sanitario.																				
DATOS SIGNIFICATIVOS	<p>Nº asegurados: Seguro social: 70,26 millones aprox. (31-XII-03) Seguro privado: 8,76 " " "</p> <p>Coste: en torno a 17.000 millones €.</p> <p>Nº beneficiarios: 2.007.000 (At. Domiciliaria: 1.360.000 y At. Residencial 647.000)</p> <p>Seguro Social de las personas encargadas de los cuidados a 31-XII-2003: aprox. 600.000 personas.</p>																				

➤ **La atención a las personas en situación de dependencia en Austria**

Este sistema es dos años anterior al alemán e incluso sirvió de experiencia a éste para su diseño de ahí que tengan muchos aspectos en común. En concreto, tiene un carácter igualmente universal no condicionado a factores de renta o edad, aunque su cobertura es limitada al no estar definido para cubrir la totalidad de los costes sino tan solo una parte, lo que hace necesario el copago por parte de las familias (las familias aportan por término medio el 31% de los costes residenciales y el 24% de la asistencia comunitaria).

Igualmente comparte con el sistema alemán la opcionalidad en la elección entre prestación monetaria o en servicios para la persona dependiente con cantidades también distintas para cada grado de dependencia. Aunque es precisamente en los grados de dependencia donde encontramos alguna diferencia con el sistema alemán en la medida en la que éstos se definen según criterios (número de horas de atención al mes que van desde las 50 horas hasta las 180 según el nivel de dependencia) y rangos diferentes (hay 7 niveles de dependencia).

El importe de las prestaciones para la persona dependiente va desde los 145€ para el nivel I hasta 1532€ para el nivel VII, si bien, es menos generoso en prestaciones para los familiares cuidadores que el sistema alemán ya que, aunque los familiares cuidadores fueran incluidos desde 1998 en el sistema de Seguridad Social en la actualidad no se contempla la sustitución temporal del familiar para los casos de asistencias de larga duración.

En lo que respecta a la gestión, en comparación con el sistema alemán, la Administración Estatal tiene una mayor participación en la gestión de las prestaciones monetarias y las provincias y municipios en la gestión y planificación de los servicios. En la provisión de servicios intervienen, además de los municipios y provincias, tanto las empresas privadas, como las entidades no lucrativas.

La atención a las personas en situación de dependencia en Austria

AUSTRIA	
AÑO DE CREACIÓN	1993
GRADOS DE DEPENDENCIA	7 niveles en función de necesidades de atención en horas al mes. I (> 50), II (>75), III (>120), IV (180), V (180 intensas), VI(180 constantes), VII (180 combinadas en inmovilidad completa).
COBERTURA	Universal en función del grado de dependencia sin condicionantes de renta y edad. Cubre una parte de los costes reales. Las familias vienen a aportar el 31% de los costes residenciales y el 24% de los costes de atención comunitaria, como media.
PRESTACIONES SOCIALES 2004 (euros)	<p>a)Al dependiente: euros al mes en función de cada grado de dependencia: I:145, II: 268, III: 414, IV: 620, V: 842, VI: 1.149, VII: 1.532. Libertad de opción del dependiente entre prestación económica y servicios.</p> <p>b)Al cuidador: -Servicio de asesoría. -Desde 1998 se incluyen en el sistema de Seguridad Social los familiares cuidadores.</p>
COSTE	En 2004, en torno al 0,9 PIB
FINANCIACIÓN	Con impuestos generales e incrementos de la cotización al seguro de salud.
GESTIÓN	Evaluación dependencia: tres métodos de evaluación distintos en criterios. Gestión prestaciones monetarias: Seguridad Social. Gestión servicios sociales: provincias y municipios. Intervienen también empresas y ONGs.
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Baja coordinación: dos sistemas relativamente yuxtapuestos, el sanitario y el social.
TENDENCIAS	Desarrollo del sistema a pesar de su creciente carga financiera.

➤ **La atención a las personas en situación de dependencia en Luxemburgo**

Este sistema es tres años posterior al alemán y se fundamenta igualmente en la tradición de seguro social, y en su carácter universal no condicionado a factores de renta o edad, donde las prestaciones se asignan en función del grado de enfermedad. Estos grados están agrupados en tres niveles según las horas de atención requeridas diariamente y se sitúan entre las 3,5 y las 7 horas semanales para el grado I, entre 7 y 14 horas para el grado 2 y más de 14 horas para el grado III.

Al igual que el sistema alemán, prima las prestaciones en servicios sobre las asignaciones monetarias, incidiendo no tanto en las diferentes cuantías para cada tipo de prestación, como en el menor margen de elección entre ellas, a medida que aumenta el grado de enfermedad. Concretamente, si bien en el grado I se puede optar entre la prestación monetaria o en servicios, en los grados II y III es obligatorio, respectivamente, que al menos, la mitad o toda la prestación lo sea en servicios.

La gestión de las prestaciones es competencia de la Unión de Cajas de Enfermedad y, al igual que el sistema alemán, los servicios sociales son gestionados por empresas y ONGs.

Por último, el Seguro Obligatorio de Dependencia se financia con impuestos, aproximadamente en un 45%, así como con el 1% de la renta de los profesionales y con un canon especial sobre la energía eléctrica.

La atención a las personas en situación de dependencia en Luxemburgo

LUXEMBURGO	
AÑO DE CREACIÓN	1998
GRADOS DE DEPENDENCIA	3 grados en función de las necesidades diarias de atención. I: entre 3,5 y 7 horas semana II: entre 7 y 14 horas. III: > 14 horas.
COBERTURA	Universal en función del grado de dependencia sin condicionantes de renta y edad.
PRESTACIONES SOCIALES 2001	<p>a) Al dependiente: prestaciones en servicios sobre las monetarias: I grado: libertad de opción entre prestación monetaria y servicios. II grado: la mitad de la prestación al menos en servicios. III grado: prestación solamente en servicios. Ayuda complementarias mensuales por compra de productos necesarios.</p> <p>b) Para el cuidador: Seguro accidentes, cotización pensión, 4 semanas de licencia (1.432 euros) para contratar servicios profesionales, y adaptación de vivienda (2.500 euros). Ayudas técnicas hasta 460 euros / año.</p>
FINANCIACIÓN	Seguro Obligatorio financiado por impuestos (45%), 1% renta profesionales, capital y del patrimonio y canon especial sobre la energía eléctrica.
GESTIÓN	Evaluación dependencia: multidisciplinar. Gestión por la Unión de Cajas de Enfermedad. Gestión servicios sociales: empresas y Ongs.
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Alta coordinación sociosanitaria.
TENDENCIAS	Extensión del sistema. Importancia de la prestación de servicios, con el fin de generar empleo y aumentar la eficacia del sistema protector.

➤ **La atención a las personas en situación de dependencia en Francia**

El sistema de atención a la dependencia francés ha ido transitando por distintas medidas de apoyo asistencial a las personas dependientes, primero a través de la denominada como "Asignación compensadora para tercera persona" y posteriormente, desde 1997, con la "Prestación Específica de Dependencia" (PSD, *prestation spécifique dépendance*).

En diciembre de 1999 la Ministra M. Aubry encargó a J.P. Sueur un informe detallado sobre la Prestación Específica de Dependencia. El informe se hizo público en mayo de 2000 y recogía la necesidad de elaborar una norma que permitiera la puesta en marcha en unos plazos razonables de una nueva prestación específica, que constituyese un nuevo derecho para cada persona afectada, estuviese definido en condiciones idénticas para todo el territorio nacional y que pudiera ser distribuida rápidamente de acuerdo con la situación económica del beneficiario y modulable en función del grado de dependencia.

Estas medidas no mostraron ser lo suficientemente eficaces para responder a las crecientes necesidades que la dependencia iba generando y presentaban importantes lagunas protectoras especialmente para personas medianamente dependientes. Con el fin de ampliar la cobertura hasta los dependientes moderados así como el importe de las ayudas, racionalizando su uso y agilizando el acceso a los servicios y prestaciones, este modelo asistencial empieza a transformarse en un modelo de tipo universal a partir de julio de 2001 con la aprobación de la ley nº 2001-647 relativa al desarrollo de lo que vendrá a llamarse como "Prestación Personalizada de Autonomía" (APA, *Allocation personnalisée d'autonomie*), cuyo artículo primero establece: *Toda persona mayor residente en Francia, que no pueda asumir las consecuencias de la falta o pérdida de autonomía, asociada a su estado físico o mental, tiene derecho a un subsidio personalizado de autonomía, adaptado a sus necesidades.*

El nuevo sistema se inicia en enero del 2002 y se concibe como una prestación de derecho si bien, tanto el requisito de la edad necesaria para acceder al mismo (ser mayor de 60 años, aunque paralelamente se promulgó una legislación similar para discapacitados menores de esta edad) como la significación de las correcciones de renta planteadas para determinar la participación del beneficiario en el pago de los gastos de su atención sitúan a este sistema en la frontera de la asistencia social. Es una prestación de derecho, no discrecional, periódica, finalista, que está incardinada en la acción social, y no en la seguridad social, aunque, algunos gastos se imputen a ella.

Además del **requisito** de la edad, los beneficiarios que soliciten la prestación deben acreditar la residencia en Francia y presentar un grado de dependencia entre I y IV de los seis de los que consta la escala *AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe ISO-Resources)*. Esta escala se realiza atendiendo a 17 variables relacionadas con la pérdida de autonomía física y psíquica susceptible de afectar a las actividades diarias básicas (coherencia, orientación, higiene, vestido, alimentación, desplazamientos...) o a actividades instrumentales (gestión, cocina, tareas domésticas, compras...), sobre las cuales se determinan los siguientes seis grupos de dependencia:

- GIR 1: Personas mayores encamadas con severo deterioro cognitivo y nivel de dependencia muy alto. Requiere cuidados continuos.
- GIR II: Personas mayores encamadas o con graves problemas de movilidad sin total deterioro cognitivo o bien con grave deterioro cognitivo que conservan su movilidad.
- GIR III: Personas mayores con movilidad parcial, sin deterioro cognitivo, con problemas de incontinencia y que requieren ayuda varias veces al día para mantener su autonomía.
- GIR IV: Personas mayores que suelen necesitar ayuda para vestido y aseo corporal y con importantes problemas para levantarse, acostarse o sentarse, pero que una vez levantados pueden desplazarse por el interior de la vivienda. También se incluye a aquellos sin problemas locomotores pero que requieren ayuda para vestido y comida.

- GIR V: Personas con movilidad en el interior del domicilio que, aún siendo autónomos para alimentarse y vestirse, necesitan ayuda para asearse, realizar tareas domésticas y preparar las comidas.
- GIR VI: Personas que aún no han perdido su autonomía para las actividades básicas de la vida diaria.

Sólo los cuatro primeros grupos generan derecho a la APA mientras que los grupos 5 y 6 pueden beneficiarse de servicios de ayuda a domicilio.

La evaluación de la autonomía del solicitante es diferente según donde resida éste. Si reside en su domicilio o en otros lugares asimilados (casa de un familiar, vivienda tutelada o residencias de menos de 25 plazas) la evaluación debe ser realizada *in situ* y antes de un mes desde que se formula la solicitud por un equipo médico-social siguiendo la escala AGGIR. Si reside en una institución (residencia de más de 25 plazas y hospitales de larga estancia) la evaluación corre a cargo del equipo médico-social del propio centro. Si el grado de autonomía evaluado se sitúa entre los niveles I a IV dicho equipo elabora un plan individualizado indicando el gasto total de su atención según su grado de dependencia y la parte de tal gasto (denominado tiquet moderador) que la persona dependiente debe asumir en función de sus recursos.

La valoración del funcionamiento y de la eficacia de este sistema de evaluación, está encargada a un Comité Científico compuesto por quince miembros nombrados por tres años con funciones evaluadoras y armonizadoras. Asimismo, está encargado de elaborar una memoria anual sobre la utilización de este sistema, que es presentada ante el Parlamento.

El **importe de la prestación** depende del grado de dependencia del solicitante, de su nivel de ingresos y de la modalidad de la prestación utilizada definida según el lugar de residencia (prestación personalizada de autonomía a domicilio o prestación personalizada de autonomía en centro residencial).

1. Si reside en el domicilio o asimilados: La ley establece unos importes máximos anuales para cada grado de dependencia cuya revalorización nunca será inferior al IPC de cada año. Estas cantidades son para el año 2004 de 1.090€ al mes para el grado GIR I; 935€ para el GIR II; 701€ para el GIR III y 467€ para el GIR IV. De estos importes el beneficiario participará con la cantidad que le corresponda abonar según los ingresos de la persona dependiente (ticket moderador) salvo aquellos cuyos ingresos sean inferiores a 1,02 veces el Complemento por Tercera Persona (unos 1000€ al mes aproximadamente) que están exentos de dicha participación económica. El importe de la prestación se les abona directamente al mes salvo que el beneficiario quiera que se pague directamente a los servicios de ayuda a domicilio acreditados por la Administración.

2. Si reside en centros residenciales: La administración determina una “tarifa de dependencia” para cada centro según el grado de dependencia en vez de unos importes máximos como ocurría en la modalidad anterior. Igualmente el beneficiario participará en el coste de esta tarifa asumiendo una parte con el ticket moderador correspondiente. El pago de la prestación es abonado directamente al centro residencial.

3. En cuanto a la gestión de los servicios de atención y al tipo de intervención cubiertos por la APA se ofrecen distintas posibilidades. Por una parte, el beneficiario puede recurrir a entidades especializadas acreditadas, a los servicios propuestos por el correspondiente centro de servicios sociales o bien convertirse en empleador contratando a un trabajador familiar si bien debe notificar en el plazo de un mes quienes son las personas o servicios que le atienden. Igualmente variadas son las intervenciones en el domicilio que contempla el plan individualizado de atención y van desde horas de servicio de atención a domicilio o de acompañamiento diurno o nocturno, teleasistencia, gastos de estancia temporal en residencia y servicios de comida a domicilio hasta adaptaciones a la vivienda y ayudas técnicas complementarias.

4. La coordinación de la aplicación del APA entre los distintos agentes implicados, esto es, el sistema sanitario (evalúa la dependencia), las instituciones locales y departamentales (gestionan las prestaciones monetarias) y los prestadores de servicios (servicios sociales, iniciativa social y empresas acreditadas) corre a cargo de los Centros Locales de Información y Coordinación (CLIC) gestionados entre otros por los municipios, hospitales y diversas asociaciones implicadas. Además de la coordinación, otro de sus objetivos es informar a las familias, colaborar en la evaluación de necesidades y en la elaboración del plan de ayuda personalizado así como realizar el seguimiento de las situaciones de dependencia más complejas.

El modelo de **financiación** de la prestación personalizada de autonomía, en general, no responde a una naturaleza de seguro propia de sistemas como el Alemán o el Luxemburgués, aunque parte de su financiación corra a cargo de la Seguridad Social, ya que son fundamentalmente las regiones junto con la Administración Central las que lo financian mediante la creación del Fondo Nacional Específico (Fondo Nacional de Financiación de la Prestación Personalizada de Autonomía), cuya dotación inicial se fija en la ley. Concretamente, el 67% recae en las Regiones, y el resto en la Administración Central, y financiado con el 0,1 de la Contribución Social Generalizada a la Seguridad Social y la contribución de los diferentes regímenes obligatorios de seguro de vejez.

En líneas generales el sistema francés tiene bastantes problemas, y tras un corto plazo de vigencia ya se piensa en su remodelación, debido entre otras causas a su gran imprecisión en la determinación de qué es, lo que se quiere proteger unido a unas fuertes dosis, en la práctica, de discrecionalidad en la aplicación, que lleva a un porcentaje muy alto de insatisfacciones.

Al mismo tiempo, según los expertos, se ha configurado un sistema muy aislado, que no permite conexiones de ningún tipo, lo cual no deja de aumentar la rigidez del sistema, que por otro lado no permite a los beneficiarios elegir de acuerdo a su

voluntad un camino de resolución de sus problemas que no sea el designado por los equipos de valoración y asignación de la prestación.

La atención a las personas en situación de dependencia en Francia

FRANCIA	
AÑO DE CREACIÓN	PSD (Prestación Spécifique Depéndice/Prestación Específica de Dependencia) 1997. APA (Allocation Personnalisée D´autonomie/Prestación Personalizada de Autonomía) 1/1/2002.
GRADOS DE DEPENDENCIA	Cuatro grados de dependencia según escala AGGIR: GIR I (muy alta); GIR II (alta); GIR III (media-alta); GIR IV (moderada).
COBERTURA	Sistema universal (Allocation personnalisée d'autonomie), con correcciones en función de renta (asistencial) que sustituye al modelo de 1997 de carácter asistencial (prestación spécifique dépendance) Requisitos de acceso: Ser mayor de 60 años, presentar un grado de dependencia de los grupos GIR de 1 a 4 según la escala de Dependencias AGGIR y acreditar la residencia en Francia de forma estable
PRESTACIONES SOCIALES	a) Al dependiente <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si reside en domicilio: importe máximo de la prestación monetaria – (importes máximos 2004: 1.090€ al mes para el grado GIR I, 935€ para el GIR II, 701€ para el GIR III y 467€ para el GIR IV). ▪ Si reside en centro residencial: subvención de la tarifa de dependencia del centro (distinta según grado de dependencia). .b) Al cuidador: Formación y asesoramiento.
COSTE	3.600 millones de € para 2004.
FINANCIACIÓN	Las regiones financian el sistema junto a la Administración Central mediante un fondo nacional específico.
GESTIÓN	1. Evaluación dependencia: sistema sanitario. 2. Gestión prestaciones monetarias: Ayuntamientos. 3. Gestión servicios: mixta.
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	Coordinación de bajo nivel.
TENDENCIAS	Consolidación del sistema protector en base a derecho subjetivo. Se estima que en 2004 habrá 800.000 beneficiarios: 70% en domicilio y 30% en sistemas residenciales.

3.2.3. Sistema Asistencial

Se configura como un sistema público, de cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de las personas en situación de dependencia, con insuficiencia de recursos económicos, y, por tanto, de alcance y extensión limitados. Prima en este sistema de protección una lógica de ayuda/asistencia social.

Se trata de países básicamente del sur de Europa, con prestaciones claramente deficitarias en cantidad y en calidad. Las razones pueden ser tanto de carácter económico como sociopolítico y cultural. Los niveles de renta en algunos de estos países han crecido considerablemente en los últimos años y sólo desde esa perspectiva, se empieza a sentir con mayor fuerza la necesidad de tomar en consideración la resolución de los problemas que la dependencia acarrea.

En estos países es muy relevante la preferencia por el cuidado en la familia y por la familia. Los servicios comunitarios están menos desarrollados que los de tipo residencial, sin embargo, este panorama puede cambiar por la demanda que existe para converger con otros países de la UE con políticas sociales más desarrolladas.

La familia es, en el esquema de los países del sur de Europa, todavía, pieza clave y fundamental en la cultura de los cuidados a las personas dependientes y ahí, en la familia, es el lugar donde se sitúa la responsabilidad del cuidado en los casos de necesidad. Decir familia, en la mayoría de los casos, es decir mujer, con todas las singularidades que ello conlleva, ya que las que cuidan son las mujeres en un porcentaje altísimo, impidiendo con ello, su incorporación al mercado de trabajo.

Los cambios en el sistema de apoyo familiar tradicional y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, están modificando el modelo. En un contexto de envejecimiento, la necesidad de introducir sistemas de solidaridad colectiva, que apoyen a las de tipo informal, se está abriendo paso.

Un segundo aspecto a señalar concierne a las formas de asistencia que hasta los años ochenta eran preferentemente asistenciales, nacidas en su mayor parte en el interior de organizaciones religiosas o similares que identifican la asistencia a personas necesitadas de ayuda como expresión de compromiso social y signo concreto de caridad y amor a los semejantes.

Otro elemento a señalar, son las disposiciones normativas, donde permanece una clara separación entre el ámbito sanitario y el ámbito socio-asistencial, a pesar de que el debate teórico de estos últimos quince años ha afirmado insistentemente la inseparabilidad de ambas dimensiones dentro de un concepto único de salud y de bienestar. La existencia de legislaciones separadas y, por tanto, de financiaciones distintas llevan aún hoy a discutir en algunos de estos países, si las causas que producen la dependencia son de naturaleza sanitaria o de naturaleza social, con la preocupación de determinar los organismos que tienen la competencia de ofrecer las respuestas conjuntas adecuadas.

La separación que casi siempre se produce en el ámbito legislativo favorece también la contraposición entre las figuras profesionales que tratan la dependencia, en cuanto cada una tiende a enfatizar las competencias propias, en una lógica de autolegitimación y de refuerzo del poder profesional. Resultan así difíciles las aproximaciones globales al problema de la dependencia y los procesos integrados en la elaboración y la gestión de las respuestas y, por ende, de los servicios. Todo ello para colmo de desgracias lleva también o grandes desequilibrios territoriales en la distribución de los recursos que se prestan.

Igualmente, el sistema de Seguridad Social, en estos países, no incluye una rama específica de protección para el riesgo de la dependencia. No existe definición jurídica de la dependencia, lo cual acarrea infinidad de problemas, sin embargo, cierta cobertura de determinadas situaciones de dependencia está asegurada en algunos países en el marco de los seguros de invalidez, jubilación, prestaciones familiares y del seguro de enfermedad del régimen general de la Seguridad Social, por medio de la concesión de un complemento en la pensión para asistencia de

tercera persona. Es de destacar aquí la Ley española de Pensiones No Contributivas, aprobada en 1990.

En el caso de **España**, las nuevas necesidades planteadas por la situación de dependencia y las propuestas legislativas y presupuestarias necesarias están siendo estudiadas y debatidas desde hace algunos años a nivel de expertos, de responsables políticos y de las administraciones públicas, de organizaciones sociales y sociedades científicas, también en el seno del Congreso de Diputados y del Senado, de los agentes sociales, y, últimamente, a nivel de empresas de servicios, compañías de seguros, entidades financieras y determinados sectores empresariales. Todo ello, sin duda, está contribuyendo a ir configurando una opinión pública amplia, que demanda la articulación de una regulación que contemple el reconocimiento de derechos de los ciudadanos a la protección por dependencia y la asignación de recursos suficientes para garantizar esos derechos.

Actualmente se ha producido un compromiso, en esta dirección, por parte del Gobierno de la Nación, de elaborar el presente Libro Blanco de la Dependencia, y de enviar al parlamento un proyecto de Ley sobre la Dependencia en el primer semestre del año 2005.

Finalmente, señalar que, algunos países, como Italia y España, están en un proceso de modernización y extensión de la red de servicios sociales, si bien su retraso es aún muy importante, en comparación con la mayoría de los países del centro y norte de la UE. La descentralización, la gestión privada de los servicios y una creciente demanda social caracterizan a estos países. La descentralización de los servicios sociales está suponiendo un incremento de los desequilibrios sociales en cuanto a la extensión y calidad de los mismos.

4. Sistemas de cuidados de larga duración en algunos países de la O.C.D.E.

Aunque el ámbito de referencia fundamental de las políticas públicas de protección social a la dependencia para España es el espacio social europeo, sin embargo, es conveniente, tener en cuenta otras experiencias institucionales extracomunitarias, en la medida en que pueden enriquecer el debate y ser fuente de sugerencias en el ámbito protector.

En este sentido podemos destacar dos grupos de experiencias: EEUU y Australia, ambos de orientación más estrictamente asistencial y, por tanto, sistemas en los que los seguros privados tienen un cierto peso, sobre todo en el caso de los Estados Unidos de América del Norte y por otra parte, Suiza, como variante del modelo continental de seguridad social y la experiencia de Japón, como un sistema reciente (2000) de cuidados de larga duración en el ámbito también de la seguridad social.

4.1. EEUU y Australia

Los modelos de EEUU y Australia son típicos modelos asistenciales en lo referente, no solo al conjunto de los servicios sociales sino, también, respecto de los cuidados de larga duración.

- ❖ El caso de los **EEUU** es ilustrativo como modelo en el que han tenido un cierto desarrollo los seguros privados de asistencia médica de larga duración, si bien su participación en el gasto total es pequeña (ronda el 7% del gasto residencial).

Los EEUU tenían una población de 36 millones de personas de 65 y más años en 2003 de las cuales vienen a necesitar cuidados de larga duración en torno al 16% (5,8 millones), teniendo más de 85 años uno de cada dos personas dependientes mayor de 65 años. En el conjunto de la población precisan cuidados de larga duración casi 13 millones de personas de todas las edades (4,5% de la población norteamericana).

En el sistema norteamericano existen dos posibilidades de protección social a la dependencia:

La primera es de tipo estrictamente privado. Se trata de pólizas de *long-term care insurance* que cubren una cantidad máxima de dinero en función de la cuantía de la póliza. Este producto puede ser comprado en el mercado de seguros o facilitado por un empresario privado o público (los empleados del gobierno federal, el *US Postal Service* y miembros de las fuerzas armadas, también algunos Estados a sus funcionarios). Algunas compañías permiten utilizar los seguros de vida para pagar enfermedades terminales o de larga duración.

La segunda modalidad es de tipo público y tiene dos vías de acceso: por una parte, mediante el Medicare la población de 65 años y más tiene derecho a asistencia de corta duración en centros de asistidos o en residencias que cubre una parte del coste teniendo que completar el paciente la diferencia mediante sus propios recursos o seguros privados. En cuanto a la población sin recursos con necesidades de cuidados de larga duración pueden recibir ayuda en la parte no cubierta por el Medicare mediante el recurso al sistema del Medicaid. Este sistema es de tipo federal si bien en su aplicación hay variación entre Estados. Las residencias privadas tienen que admitir a los beneficiarios del *Medicaid*, vía concierto, si disponen de plazas.

La provisión de servicios es, en conjunto, privada y su cobertura es baja en ayuda a domicilio (2,7% de la población de 65 y más años) y con un cierto peso de las residencias asistidas (4,2% de cobertura de la mencionada población mayor).

❖ **Australia** es un país con un bajo nivel de envejecimiento de la población. El 11% de la misma tiene 65 y más años. La cobertura de los servicios para personas mayores es baja en ayuda a domicilio en sus diferentes modalidades (2%) y elevada en cuanto a residencias (6%) y centros de día (4%). La protección social de la dependencia se contempla en el Estado de Bienestar australiano si bien se trata de prestaciones de vejez e invalidez para las personas de bajos ingresos que sean dependientes así como a sus cuidadores. La financiación es pública y compartida entre el gobierno federal y los estados. La mayoría de la población financia privadamente sus necesidades de cuidados de larga duración. Sin embargo, las bajas tasas de envejecimiento de la población reducen el impacto de la dependencia durante los próximos años. Dada su tradición de Estado de Bienestar Asistencial resulta difícil, en principio, concebir un cambio de modelo en cuanto a los cuidados de larga duración. La responsabilidad individual seguirá siendo la piedra angular del sistema.

Modelos asistenciales de cuidados personales: EE.UU. y Australia

	MODELO ASISTENCIAL EEUU	MODELO ASISTENCIAL DE AUSTRALIA
Derecho social a la dependencia	Bajo condición de recursos (Ley de Seguridad Social y Ley de Discapacitados de 1990)	Bajo condición de recursos
Valoración de la dependencia	Equipo sanitario define el nivel de dependencia (tres grados) y determina también el sistema de servicios a prestar	Programa de Evaluación de Ancianos en el hogar o en la residencia por equipo multidisciplinar
Condiciones de acceso	Carencia de recursos en la población pobre y en los mayores de 65 años. Resto de la población puede optar por una póliza privada	Carencia de recursos y situación de dependencia
Financiación	Los que están por encima de un baremo de recursos pueden optar por un seguro privado. Los que carecen de recursos son cubiertos por el sector público (Medicaid) o si tienen más de 65 años completan mediante seguros privados la parte no cubierta por el Medicare.	Impuestos del Gobierno federal en cooperación con Estados y Municipios
Gestión	Medicare (para personas de 65 años, discapacitados y enfermos crónicos) Medicaid (para indigentes)	Sistema de Seguridad Social, Gobiernos federal, estatal, provincial y municipal
Provisión de servicios	Empresas, ONGs y residualmente ayuntamientos	ONGs, cooperativas y fundaciones
Ayudas a la atención informal	Ciertas contingencias a discapacitados y a favor de familiares previa financiación de 5 años a la Seguridad Social	Existen bajo condición de recursos

4.2. Japón Y Suiza

- ❖ **Japón** aplica desde el año 2000 un nuevo modelo de cuidados de larga duración de doble naturaleza: contributiva y asistencial. Se sitúa en la senda de los sistemas de tipo continental (cobertura universal y modelo general de Seguridad Social). Cubre los costes de los cuidados personales mientras que la asistencia sanitaria tiene otra vía de financiación y gestión, si bien en la práctica de la aplicación de los servicios no siempre es posible dicha diferenciación.

Este país tiene una tasa de envejecimiento elevada (19,3%) con una población mayor de 65 años de 24,7 millones de personas de las que el 24% tienen más de 80 años. El crecimiento de las necesidades sociales de cuidados de larga duración y los cambios en la estructura de cuidados informales han cristalizado en un modelo de solidaridad colectiva mediante la implantación de un sistema de cobertura universal en su doble dimensión contributiva y no contributiva, financiado con cotizaciones e impuestos, además de una contribución fija del 10% del coste de los servicios (lo que reduce el consumo residencial y favorece el de tipo domiciliario). De hecho, la cobertura del servicio de ayuda a domicilio para la población mayor es del 9% mientras que la cobertura de residencias asistidas es del 3%.

El modelo japonés es un modelo de regulación, financiación y supervisión pública, gestión municipal y provisión privada mercantil de servicios. Toda persona en situación de dependencia debe certificar dicha situación por un equipo multidisciplinar; dicha certificación es efectiva durante 6 meses y se debe renovarse cada año para acceder a las prestaciones que recibe o para cambiar del grado de dependencia. El plan de cuidados lo define un administrador de casos del municipio correspondiente.

La población susceptible de acceder al sistema es la población mayor de 40 años diferenciándose dos grupos: de 40 a 64 años y 65 y más años. Los grados

de dependencia son la base de las prestaciones que se dividen en dos grupos: prestaciones de ayuda (servicio domiciliario) y prestaciones de cuidados (en este caso pueden elegir o combinar servicios a domicilio o residenciales); esta última, a su vez, tiene cinco niveles prestacionales. Todos los niveles tienen reconocidas unas prestaciones monetarias topadas desde un mínimo de 61.500 yenes (ayuda básica domiciliaria) hasta 358.300 yenes en el nivel de cuidados 5. A ello se añaden ayudas técnicas (100.000 yenes al año) y de acondicionamiento del domicilio (200.000 yenes) .

El sistema de financiación del sistema es mediante cotizaciones (nivel contributivo para activos y pasivos) e impuestos (nivel asistencial). En todo caso, en la financiación participan los ciudadanos y los diferentes niveles de gobierno de forma que en la actualidad la distribución de la financiación es como sigue: la población de 65 y más contribuye con el 17% de los ingresos totales, la población de 40 a 64 con el 33%, el Estado con el 25%, las provincias con el 12,5% y los municipios con el restante 12,5%.

En definitiva, estamos ante un modelo singular de cobertura universal basado en la participación de todos los agentes institucionales y los ciudadanos en el sostenimiento del sistema. Habrá que esperar a los años venideros para poder evaluar la viabilidad del sistema japonés de protección social a la dependencia.

- ❖ **Suiza** tiene una población relativamente envejecida (16% de 65 y más años). La cobertura de los servicios domiciliarios alcanza al 12,5% de dicha población y al 7% en el caso de las residencias. Por tanto, su nivel de cobertura es relativamente elevado.

Este sistema contempla la cobertura del riesgo de dependencia en el ámbito de la Seguridad Social (nivel contributivo) y en el ámbito de la Administración Local o Cantonal (nivel asistencial). En el ámbito contributivo la pensión de gran invalidez reconoce prestaciones del 80% de la pensión (dependencia grave), del 50% (dependencia media) y del 20% (dependencia leve). Lo mismo sucede en el caso

de las situaciones de dependencia en las pensiones por vejez y supervivencia. Para aquellos que no alcanzan un mínimo de ingresos se contempla la posibilidad de prestaciones complementarias o complementos por mínimos para hacer frente a los gastos no cubiertos por el seguro contributivo cuyo importe máximo es de 50.640 francos anuales para una persona que vive sola en su hogar.

El Consejo Federal Suizo encargó la realización de un informe sobre la reforma de cuidados de larga duración, presentado en junio de 2003. El objetivo no es crear un seguro específico de la dependencia sino reformar el actual sistema. Para ello el anteproyecto de ley contempla dos modelos de financiación: el primero, consiste en que el seguro de enfermedad asuma los costes de la dependencia derivados de la enfermedad y no de la vejez que serían asumidos por la Seguridad Social; el segundo (informe de expertos) diferencia entre asistencia intensiva a cargo del sistema sanitario (los primeros 90 días después de abandonar el hospital) y la asistencia de larga duración en base a una prestación económica (a partir de los 90 días) que sirva de compensación a los hogares por la actividad de cuidados o para la compra de servicios sociales de apoyo.

Modelos de cuidados personales: Japón y Suiza

	MODELO JAPONÉS	MODELO SUIZO
Derecho social a la dependencia	Seguro universal de cuidados de larga duración para población mayor de 40 años (2000). Prestaciones topadas según niveles de cuidado. Existe un sistema asistencial para los que no tienen recursos	Derecho contributivo y (artº 9 Ley General de la Seguridad Social; artº 43 Ley Seguro de Vejez y Supervivencia) y asistencial (cantones)
Valoración de la dependencia	En el domicilio o en la residencia por un equipo multidisciplinar. El certificado de dependencia se renueva cada año y es efectivo durante 6 meses. El plan de cuidados lo establece el Municipio	Cinco actividades de la vida diaria en tres grados en el hogar por un especialista. Este no define el plan individual de asistencia
Condiciones de acceso	Ser mayor de 65 años Tener entre 40 y 64 años En ambos casos ser calificado como dependiente	Pensión de gran invalidez, vejez y supervivencia contributiva y no contributiva
Financiación	Primas sanitarias a la Seguridad Social los de 40 a 64 años. Los mayores de 65 años pagan las primas a los municipios o deducidas de la pensión. Aportación adicional del 10% del coste por el usuario	Cotizaciones e impuestos
Gestión	La Seguridad Social en la financiación; el Estado y las regiones en la regulación y control; los municipios son el sistema central que organiza la provisión.	Seguridad Social y cantones
Provisión de servicios	Empresas privadas (98% servicios)	Sector público y privado
Ayudas a la atención informal	Existen ayudas a la población cuidadora	Existen en el caso de cuidadores de dependientes de grado medio

5. El reto de la protección social de las personas en situación de dependencia. Algunas conclusiones.

5.1. La dependencia como necesidad social en el ámbito europeo

La población mayor dependiente en los países de la UE y, particularmente, el sistema de cuidados de las personas mayores dependientes y frágiles, tiene algunos rasgos comunes a destacar con la ayuda del PHOGUE 1999:

- a)** En primer lugar, las tasas de dependencia por edades tiene un perfil parecido entre los diferentes modelos de Estado de Bienestar con la excepción de los países del modelo continental que son bastante elevadas. En conjunto las tasas de dependencia severa para la población de 80 y más años varían desde un mínimo del 26,4% en los países nórdicos hasta un máximo en los países del modelo continental: 37,9%. Obviamente, se trata de una aproximación tosca a la estimación de la población europea en situación de dependencia ya que se basa en una autopercepción de las personas y no en una valoración objetiva. Sin embargo, nos permite resaltar la doble importancia sociológica del problema de las personas mayores en situación de dependencia: como realidad social y como necesidad social percibida.

Población europea (15 países) mayor de 65 años con discapacidades y/o enfermedades crónicas que les impiden realizar actividades de la vida diaria según niveles de gravedad (%)

GRUPOS DE EDAD	65-79	80+
PAÍSES NÓRDICOS		
Dificultad severa	14,4	26,4
Dificultad moderada	23,7	23,8
TOTAL	38,1	50,2
PAÍSES CONTINENTALES		
Dificultad severa	20,6	37,9
Dificultad moderada	34,7	34,1
TOTAL	65,3	72,0
PAÍSES DEL SUR DE EUROPA		
Dificultad severa	13,5	27,7
Dificultad moderada	19,4	19,5
TOTAL	32,9	47,2

Fuente: Panel de Hogares de la Unión Europea (6ª ola) (1999)

- b)** En segundo lugar, la población cuidadora europea es mayoritariamente femenina, si bien en los países del Sur de Europa la presencia de la mujer cuidadora es abrumadora. El crecimiento de los sistemas formales de cuidados personales, sociales y sanitarios en los Estados de Bienestar de la EU, recordando las amplias diferencias existentes entre ellos, no ha restado importancia al papel central de los cuidados informales si bien estos suelen recibir diferentes tipos de apoyo por parte de los sistemas de protección social que dificultan a veces la delimitación de una clara diferencia entre los cuidados formales y los informales.

La inmensa mayoría de las personas dependientes recibe cuidados de tipo informal con escasas diferencias entre modelos de protección social. La mayoría de los cuidadores son mujeres que tienden a situarse en los grupos de edad de 45 a 60 años. Sin embargo, se observa un creciente envejecimiento de los cuidadores informales si tenemos en cuenta que, por ejemplo, el grupo de cuidadores con edades entre 65 y 74 años viene a ser aproximadamente el 20% del total de la población cuidadora y que los cuidadores con más de 75 años de edad superan el 10% del total de dicha población cuidadora.

- c) En tercer lugar, el modelo de cuidados es dual: familístico en el Sur de Europa donde la mayoría de las personas dependientes viven en el hogar del cuidador y de solidaridad a distancia en el resto de los modelos. El coste de oportunidad de la función informal de cuidados es más elevada en los países del Sur de Europa, y afecta en mayor medida a la mujer cuidadora que al hombre cuidador.

Estos modelos de cuidados están cambiando, sobre todo en los países del Sur de Europa, y, como consecuencia, están aumentando las demandas de la población mayor y la presión de la mujer trabajadora en favor de nuevas formas de protección social a las situaciones de dependencia. Ello supone sin duda una nueva extensión de los sistemas de protección social, mejoras en la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales personales y políticas que hagan compatible el trabajo del cuidador, la función de cuidados y nuevos servicios de apoyo a la población mayor frágil.

Cuidadores informales según sexo y lugar de residencia en 15 países de la UE (%)

	PAÍSES NÓRDICOS	PAÍSES CONTINENTALES	PAÍSES DEL SUR DE EUROPA
HOMBRES	36,4	40,1	24,9
MUJERES	63,6	59,9	75,1
TOTAL	100	100	100
EN EL HOGAR DEL CUIDADOR	23,6	55,5	59,2
FUERA DEL HOGAR DEL CUIDADOR	73,6	43,6	37,8
DENTRO Y FUERA DEL HOGAR DEL CUIDADOR	2,8	0,9	3,0

Fuente: Elaboración propia en base a PHOGUE, ola 6 (1999)

5.2. El reto de la protección social de las personas en situación de dependencia

La protección del riesgo de dependencia es un reto ineludible para las políticas sociales. Este reto se puede plantear o como una cuadratura del círculo si se enfatiza únicamente en el factor coste económico de la protección social de las personas dependientes, y sin tener en cuenta la centralidad del objetivo de logro del bienestar y calidad de vida de este colectivo o como un nuevo desarrollo de la política social que extienda la protección a los colectivos afectados con programas de calidad cuyo coste parece sostenible financieramente a largo plazo según las propias estimaciones de la Comisión Europea. En todo caso, el equilibrio deberá buscarse en cuestiones de gobernanza tal como señala la citada Comisión Europea: **“debe encontrarse un equilibrio entre la búsqueda de los objetivos de la calidad, el establecimiento de estándares y contención de los costes, dirigidos a**

menudo a nivel nacional, y la gestión y prestación de la asistencia a nivel local”.

Del sucinto recorrido por los diversos modelos protectores y de las reformas en curso podemos extraer algunas lecciones tentativas para el debate español sobre qué modelo de protección queremos aplicar, es decir, a quién queremos proteger, con qué prestaciones y cómo podemos financiarlo:

En primer lugar, la mayoría de los países del entorno europeo, también de los países desarrollados (caso de Japón) se encuentran en un proceso de aplicación de políticas **protectoras del riesgo de dependencia de orientación universal**, si bien condicionadas por la naturaleza protectora de cada país o modelo de Estado de Bienestar. Existe una clara tendencia a transitar desde modelos asistenciales a otros de cobertura universal. Esta cobertura se centra sobre todo en las personas mayores dependientes debido a su volumen y bajo nivel protector. En algunos modelos no se contempla la protección a la población menor de 60 años (Francia), a la de menos de 40 años (Japón) o priorizan a la población mayor de 65 años (modelo alemán) sobre la base de que la población discapacitada menor de esas edades ha logrado amplios niveles de cobertura en prestaciones sociales a pesar de las lagunas protectoras.

En segundo lugar, los diferentes modelos tienden a reconocer como derecho social un conjunto básico de **prestaciones sociales, moduladas en función del grado de dependencia, topadas en su cuantía**, dejando abierta la posibilidad de elección entre servicios y prestaciones monetarias. Sin embargo, existe una clara tendencia de los gobiernos a dar preferencia a las prestaciones monetarias (como compensación de los cuidados informales o como medio de pago de los servicios elegidos por la persona dependiente) frente a los servicios, en buena medida como medio de contención del coste del sistema protector y para obviar compromisos de gasto que en el caso de los servicios pueden ser incontrolables.

En tercer lugar, la **participación de la persona afectada o su familia en el coste de la dependencia** se está consolidando en todos los sistemas mediante el

copago de una parte del servicio o financiación de la diferencia entre la prestación y el coste del servicio. Es un medio de responsabilizar al ciudadano y controlar el coste. Todos los sistemas reconocen la ayuda asistencial para los que no tienen medios con que pagar la parte diferencial entre prestación y servicios. Los seguros privados en la actual situación son contemplados como medio de apoyo o complemento al seguro público pero en ningún caso como instrumento protector predominante.

En cuarto lugar, el modelo de financiación tiende a establecer dos claras separaciones entre sistemas (sanitario y servicios sociales) y en cuanto a financiación (niveles contributivo y asistencial) con modulaciones según los diferentes sistemas nacionales. **La Seguridad Social parece predominar como una vía de financiación preferible** para poder garantizar el derecho si bien se tiende hacia un mayor reparto de la carga sobre la persona asegurada más que sobre el conjunto del factor trabajo. Los que no han cotizado están protegidos por la vía asistencial. Incluso las personas mayores de 65 años contribuyen a la financiación del riesgo (casos alemán y japonés, por ejemplo).

En quinto lugar, el modelo protector público se responsabiliza de la regulación y financiación básica del sistema; las regiones de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión en equipamientos con ayuda estatal; los ayuntamientos son la pieza clave en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales comunitarios; el sector privado (ONGs y empresas) se consolida como proveedores de servicios manteniéndose una red pública de referencia de mayor o menor entidad según los países (mínima en el caso alemán y japonés y máxima en los modelos nórdicos y holandés).

5.3. Algunas lecciones del debate europeo

Extraer lecciones del debate europeo sobre la dependencia puede resultar un ejercicio esquemático y no dar cumplida cuenta de la diversidad de situaciones, distintos grados de desarrollo del Estado de Bienestar y variedad de estructuras que responden al problema de la dependencia. Sin embargo, y de manera general, podríamos señalar las siguientes:

- El gasto social en políticas de personas dependientes ha crecido de manera sostenida durante los últimos lustros a pesar de la crisis y políticas de convergencia nominal. Ello se ha debido a factores sociodemográficos y condicionantes políticos, si bien ello ha sido compatible con tendencias de selectividad o de reducción de la intensidad protectora.
- El gasto en servicios está determinado por el contexto de desarrollo económico (las posibilidades) y el discurso y la praxis política sobre los mismos (las opciones).
- En los países con modelos de Seguridad Social, en su gran mayoría, el debate tiende a situarse en el contexto de dicho sistema, ya sea para extender las acciones protectoras ya existentes a las situaciones de dependencia, ya sea para crear un nuevo subsistema protector.
- Los modelos que se proponen, después del veredicto negativo del primer ensayo asistencial francés (Prestación Específica de Dependencia), suelen ser de tipo universal, favorecedores de una amplia coordinación entre servicios sociales y sanitarios, orientados a los servicios de cuidados y compensatorios de la ayuda informal a través de la ampliación de la protección social a los cuidadores/as informales.

- Los sistemas de capitalización de seguros privados ocupan, hoy por hoy, un lugar marginal. En todo caso, el sector privado, lucrativo y no lucrativo, jugará un protagonismo creciente en la provisión de servicios; el sector financiero ofertará, a su vez, seguros complementarios de la protección pública.
- Después de un período de racionalización de los gastos sociales especialmente los sanitarios, se da nuevamente una tendencia expansiva en dichos gastos que permite que los servicios para personas dependientes continúen su crecimiento tanto en variedad como en disponibilidad. Esto ha sucedido en un período en el que la UE ha entrado en un proceso de ortodoxia presupuestaria en el contexto de la Unión Monetaria. Un mayor desarrollo de la Europa social parece compatible con ese proceso de ortodoxia.
- La demanda de cuidados para personas dependientes se ha incrementado de forma notable y va a seguir aumentando a un mayor ritmo durante los próximos años, debido a la confluencia de factores demográficos, médicos y sociales.
- Ese incremento de la demanda coincide en el tiempo con una crisis de los sistemas de apoyo informal que han venido dando respuesta a las necesidades de atención. La inmensa mayoría de las personas cuidadoras son mujeres, el tener que hacer frente al cuidado de su familiar dependiente les supone un gravísimo obstáculo para incorporarse al trabajo o, en su caso, para mantenerlo.
- La dependencia es una realidad creciente, por su extensión cuantitativa y por sus implicaciones sociales y económicas. Las políticas públicas han de afrontar el fenómeno en su globalidad, sin fragmentaciones derivadas de límites de edad o ligadas a las causas de la situación, orientándose hacia modelos universalistas de protección de los derechos sociales de las personas en situación de dependencia y de sus familias.

- No se han articulado medidas suficientes de apoyo a las familias que, si bien pueden y quieren cuidar a sus familiares dependientes y lo están haciendo, en numerosos casos demandan ayudas de bajo coste, pero imprescindibles, tales como programas de información, formación y asesoramiento para saber cuidar y tratar a una persona dependiente; programas de respiro temporal; estancias diurnas, nocturnas y temporales... (Servicios que hoy por hoy siguen teniendo una cobertura casi testimonial en nuestro país).
- Todos los servicios de atención de la dependencia (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, servicios residenciales...) tienen un enorme potencial de crecimiento en los países del Sur de Europa, debido a la baja cobertura actual, la creciente demanda y presión social, y la necesidad de lograr una convergencia real con las tasas de atención existentes en los países de nuestro entorno.
- La expansión de los servicios de atención de la dependencia va a movilizar un importante flujo de recursos financieros en los próximos años, y será uno de los más importantes factores de creación de empleo en los países que articulen adecuadamente dicha expansión, en especial en los del Sur de Europa.
- Según el enfoque de atención de la dependencia, variará la calidad del empleo creado. Si predomina el enfoque de ayuda doméstica, el empleo a crear será fundamentalmente precario, por el contrario, si predomina la atención más integral, existirá un componente mayor de trabajadores cualificados (personal sanitario, trabajadores sociales...).
- Es opinión generalizada que los servicios de cuidados a las personas dependientes van a tener una expansión enorme, incluso a corto plazo. No se comprende que en nuestro país, fundamentalmente en los programas de formación profesional y ocupacional, no existan apenas planes de formación al respecto.

- Los retornos económicos que genera la inversión en servicios sociales (ahorro en prestaciones de desempleo, incremento de la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades) confirman la eficiencia del gasto social como mecanismo de generación de actividad económica y de empleo.
- La mejora de la atención a las personas dependientes provocaría una optimización potencial de varios centenares de millones de euros. Resulta difícilmente justificable que se siga atendiendo en centros hospitalarios a personas dependientes cronicadas o en procesos de larga estancia, lo que no sólo es inadecuado en términos de política social, sino que conlleva, además, unos costes que, referidos a nuestro país, son cinco/seis veces superiores a lo que supondría la atención en los centros residenciales (300/360 euros/día cama hospitalaria frente a 60/66 euros/día cama residencia asistida).
- La optimización de los recursos sociales y sociosanitarios, la distribución territorial equilibrada de los mismos, las garantías de calidad básica para todos los ciudadanos y la propia seguridad para los gestores y responsables de la iniciativa privada, incluyendo bajo este concepto a Fundaciones, Empresas de Economía Social, Órdenes Religiosas, ONGs, Empresas Mercantiles... exigen un marco básico y estable de coordinación y colaboración entre las Administraciones Públicas y la iniciativa privada. Nada mejor para lograr esto en nuestro país que la regulación del derecho a la protección de la dependencia por una Ley General.

6. Referencias bibliográficas

- Assous, Laurence y Ralle, Pierre (2000c). Le prise en charge de la dependance des personnes agées: une mise en perspective internationale. Association Internationales de la Sécurité Sociale. (AISS).
- Bebbington, A y M. Bone (1998), **Healthy Life Expectancy and Long Term Care** Discussion Paper 1426. PSSRU, University of Kent.
- Belletti, F y H. Keen (1998), **Social protection for dependency in old age in Italy**. Leuven: HIVA.
- Bond, J. Y D. Buch (1998), **Social protection for dependency in old age in the United Kingdom**. Leuven: HIVA.
- Breuil-Genier, Pascale (1999): «Aide aux personnes âgées dépendantes: une très grande hétérogénéité des pratiques» in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, Rencontres de Copenhague, vol. 1, *MIRE-DREES*.
- Challis, D. (1992), "The care of the elderly in Europe: social care", *European Journal of Gerontology*, 1.
- Daatland, S.O. (1997a): *Social protection for the elderly in Norway*. Oslo, NOVA-skriftserie 4/97.
- Depérée, Nicole (2000). Politiques europeennes de prise en charge de la dependance. *Gerontologie et société*, n° 93, junio 2000.
- Esping-Andersen, G. (1990) **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Oxford: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1993): «The comparative macro-sociology of Welfare States», en L. Moreno (ed.), *Social Exchange and Welfare Development*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Cientificas.
- European Commission (2003,c) **Feasibility Study. Comparable statistics in the area of care of dependent adults in the European Union**. Luxemburg.
- European Commission and the Council (2003, a) **Supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly**. Brussels
- European Observatory (1999) **Health Care Systems in Transition. United Kingdom**. Copenhagen.

- European Observatory (2000) **Health Care Systems in Transition. Belgium.** Copenhagen.
- European Observatory (2000) **Health Care Systems in Transition. France.** Copenhagen.
- European Observatory (2000) **Health Care Systems in Transition. Germany.** Copenhagen.
- European Observatory (2000) **Health Care Systems in Transition. Norway.** Copenhagen.
- European Observatory (2000) **Health Care Systems in Transition. Spain.** Copenhagen.
- European Observatory (2001) **Health Care Systems in Transition. Austria.** Copenhagen.
- European Observatory (2001) **Health Care Systems in Transition. Italy.** Copenhagen.
- European Observatory (2001) **Health Care Systems in Transition. Sweden.** Copenhagen)
- European Observatory (2002) **Health Care Systems in Transition. Finland.** Copenhagen.
- Evers, A. (1996), **El nuevo seguro de asistencia a largo plazo en Alemania: características, consecuencias y perspectivas,** *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº 6.
- Ferrera, M., HERMERIJCK, A.; RHODES, M. (2000) **The future of Social Europe: recasting work and welfare in the new economy.** Report for the Portuguese Presidency of the European Union.
- Hansen, E. B. (1998), **Social protection for dependency in old age in Denmark.** Leuven: HIVA.
- **IMSERSO. (1999)** Vejez y Protección Social de la Dependencia en Europa. Observatorio de Personas Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- **IMSERSO (1999):** *La Protección Social de la Dependencia.* Colección Servicios Sociales, nº 42. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Jacobzone, S. *Et al.* (1998), **Long Term Care Services to Older People, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons.** París: OCDE.

- Jacobzone, **Stephane (1999)**: «Le vieillissement et les soins pour les personnes âgées dépendantes : un aperçu des perspectives internationales», *OECD Labour market and social policy occasional papers*, n° 38.
- Jenson, J. Y S. Jacobzone (2000), **Care allowances for the frail elderly people and their impact on women care-givers**. París: OCDE.
- Legrand, J. Et al. Ed. (1998) **Learning from the NHS Internal Market: a Review of the Evidence**. London: Kin,s Fund.
- Mire (1997) Comparer les systemes de protection sociale en Europe du sud, Rencontres de Florence, 612 p.
- **Mire (1997)**: *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Rencontres de Florence, 612 p.
- **Missoc (2001)**: *La protection sociale dans les Etats membres de l'ue et de l'Espace économique européen. Situation au janvier 2001*.
- Montserrat, J. (2004) **Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual**. En D. Casado (dir.) Respuestas a la Dependencia. Madrid: E. CCS.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2002) **Commissione di Estudio sulla prevenzioni e sul trattamento della non autosufficienza con particolare riferimento agli anziani**. Roma.
- OECD (1994), **Care of the Frail Elderly**. Paris.
- **Nossosco (1998)**: *Données statistiques, Nordic Social-Statistical Committee*
- Pacolet, J. *Et al.* (1998), **Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway**. Bruselas: European Commission.
- Rodríguez Cabrero, G (2004) **Protección Social de la Dependencia en España**. Madrid: Fundación Alternativas.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004) **Referencias europeas de la protección social de la dependencia**. En D. Casado (dir.) Respuestas a la Dependencia. Madrid: E. CCS.
- Rodríguez Castedo, A. (2002). Regulación de la atención a la dependencia en la Unión Europea. Modelos comparados. Universidad de Valencia.
- Royal Commission (1999), **Long-term care, rights and responsibilities**, Londres: HMSO.

- Scharf, T. Y. C. Wenger (eds.) (1995), **International Perspectives on Community Care for Older People**. Avebury: Aldershot.
- Schneider, U. (1999). L'assurance sociale de soins longue durée en Allemagne: conception, application et évaluation. En revue internationale de sécurité sociale, vol.52. 2/99.
- Schulte, B. (1996), **Social protection for dependence in old age: the case of Germany**, en Eisen, R. Y. F.A. Sloan (ed.), *Long-term care: economic issues and policy solutions*. Boston/ Dordrecht/Londres: Kluwer.
- Threfall, M. (2003) **European social integration: harmonization, convergence and single social areas**. Journal of European Social Policy, , vol.13, n.2.
- Walker, A y L. Warren (1994), **The case of frail older in Britain: current policies and future prospects**, en OLSEN, K.K.: *The graying of the World*, Nueva York y Winnipeng: Centre for Health Policy and Evaluation.